

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

Juliana Torres Porto das Neves

**Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos:
um estudo qualitativo sobre características e adaptações técnicas da prática**

Porto Alegre

2018

Juliana Torres Porto das Neves

Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos:
um estudo qualitativo sobre características e adaptações técnicas da prática

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Machado Freitas

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Lúcia Helena de Freitas, por quem eu tenho muito carinho e admiração. Por estar sempre incentivando e acreditando — muitas vezes, mais do que eu mesma — no meu potencial. Por manter sempre o bom humor, garantindo leveza durante os momentos mais difíceis.

À secretária do PPG de Psiquiatria, Claudia Grabinski, por acolher tantas dúvidas e angústias. Mas, sobretudo, pelo entusiasmo frente à proposta de pesquisa científica, motivando meu percurso no mestrado.

À colega e amiga Cleonice Zatti, por ser incansável, desde o início, auxiliando na elaboração do projeto, bem como nas demais etapas necessárias para o desenvolvimento do estudo. Também, pelas risadas e pelo amparo emocional.

À colega e amiga Raquel Saldanha, por tornar minhas sextas-feiras mais divertidas e por dar suporte a desafios acadêmicos e pessoais.

Aos colaboradores, Charlie Severo e Bibiana Malgarin, que foram fundamentais para a escrita da dissertação. Pela disponibilidade (e didática) em contribuir com seus conhecimentos sobre a pesquisa qualitativa, bem como pela paciência frente aos meus questionamentos.

Ao Programa de Pós-Graduação, pelo aprendizado e pela oportunidade de estabelecer trocas importantes, tanto para o meu desenvolvimento profissional, quanto pessoal.

Aos profissionais que concederam as entrevistas.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo, apoio e paciência durante minha trajetória de estudos e escrita.

À minha analista.

À Melina Trojan, minha amiga, pela empatia com o meu momento. Por ajudar na busca de referencial bibliográfico, por me tirar da inércia frente ao cansaço e por fornecer energia, impulsionando a reta final do meu percurso.

Enfim, meu muito obrigada aos amigos, familiares e a todos aqueles que participaram desta e de outras fases da minha vida, dando força e garantindo o bem-estar necessário para sempre seguir em frente.

PONTO DE ENCONTRO

(Paulo Cesar Gonçalves)

Talvez haja um lugar
Entre a voz e o silêncio,
Entre o grito e o olhar,
Onde haja música, feita de luz e cores,
Onde as mãos repousam
E os sons se tornam brisa,
Onde tudo se diz, sem palavras, sem gestos,
E o coração toca o coração,
A alma sente a alma.
Um ponto de encontro
Onde surdos e ouvintes se compreendam
Sem saírem de seus mundos.
Onde cada um saiba ouvir e ver
Mesmo que não haja palavras
Nem imagens.
Onde se abracem sem medo
E sem preconceitos.
Certamente essa esfera existe
Além do nosso olhar, do nosso ouvido,
Em algum lugar do nosso coração.

CIP - Catalogação na Publicação

Torres Porto das Neves, Juliana

Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos:
um estudo qualitativo sobre características e
adaptações técnicas da prática / Juliana Torres Porto
das Neves. -- 2018.

77 f.

Orientadora: Lúcia Helena Machado Freitas.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Contexto psicoterápico e suas relações com a
surdez. 2. Psicoterapia Psicanalítica. 3. Surdez. 4.
Metodologia Qualitativa. I. Machado Freitas, Lúcia
Helena, orient. II. Título.

RESUMO

Como os surdos tratam os seus conflitos psicológicos? Quem os ouve? Como atua o terapeuta que atende pacientes surdos? A Psicoterapia Psicanalítica é possível nesses casos? A escuta como função *princeps* do terapeuta é diferente para essas pessoas? É necessário fazer adaptações no *setting* psicoterápico? Para dar conta do sofrimento emocional, muitos surdos têm chegado aos consultórios de psicoterapia e encontrado profissionais desamparados e sem preparo, sobretudo tecnicamente, para lidar com a sua diferença. Seja pelo número restrito de publicações ou de colegas que trabalham nesse campo, muitos clínicos psicanalíticos veem-se obrigados a conduzir os seus tratamentos de forma mais intuitiva. O objetivo principal deste estudo é descrever as características e as adaptações técnicas que caracterizam o atendimento em Psicoterapia Psicanalítica realizada por profissionais ocupados com o universo da surdez. Esta escrita é o resultado de uma pesquisa qualitativa — analítica e subjetiva — apoiada em uma leitura diversificada. A amostra foi composta por seis participantes, e a coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. A lista de questões foi elaborada a partir de uma revisão teórica sobre a Psicoterapia Psicanalítica, sobre surdez e sobre o cuidado psicológico com pessoas surdas. A análise de conteúdo foi apoiada na metodologia conceituada por Bardin e resultou em três categorias finais que, a *posteriori*, foram descritas e discutidas. São elas: *Inserção profissional no campo da surdez: preparação e embargos iniciais; Contextualização e subjetivação do paciente surdo; Abordagem psicanalítica com pacientes surdos: aspectos e adaptações técnicas da prática*. Este trabalho pretende servir de auxílio a psicoterapeutas comprometidos com as demandas de pacientes surdos, além de ser um incentivo para a elaboração de novas discussões e estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Psicoterapia Psicanalítica. Psicanálise. Psicanálise e Surdez. Psicoterapia Psicanalítica com Pessoas Surdas. Surdez.

ABSTRACT

How do deaf patients treat their psychological conflicts? How does the therapist who treat deaf people work? Is psychoanalytic psychotherapy possible in such cases? Is listening as the main function of the therapist different for these subjects? Is it necessary to make adaptations in the psycho-therapeutic setting? In order to deal with emotional distress, many deaf people have come to psychotherapy offices and found helpless and technically unprepared professionals to help them cope with their difference. Many psychoanalysts are forced to carry treatment in a more intuitive way either because of the limited number of publications or due to the small number of colleagues working in this field. Therefore, the first objective of this study is to describe the characteristics and technical adaptations that qualify care in psychoanalytic psychotherapy undertaken by professionals used to working with deaf people. This paper is the result of a qualitative research - analytical and subjective -, supported by diversified literature. The sample consisted of 6 participants and data collection was performed through a semi-structured interview. The content analysis was supported by the methodology conceptualized by Bardin and resulted in three Final Categories that were described and discussed. These are: 1) Professional insertion in the field of deafness: preparation and initial difficulties; 2) Contextualization and subjectivation of the deaf patient; 3) Psychoanalytic approach with deaf patients: characteristics and technical adaptations of the practice. Thus, the present work aims to help psychotherapists who are committed to the demands of deaf patients, besides being an incentive for the elaboration of new discussions and studies on the subject.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy. Psychoanalysis. Psychoanalysis and Deafness. Psychoanalytic Psychotherapy with deaf people. Deafness.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| ESIPP | Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica |
| FACISA | Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas |
| INES | Instituto Nacional de Educação dos Surdos |
| LIBRAS | Língua Brasileira de Sinais |
| N | Entrevistado |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TIL | Tradutor Intérprete de LIBRAS |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UR | Unidade de Registro |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 10 |
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 O CONTEXTO PSICOTERÁPICO E AS SUAS RELAÇÕES COM A SURDEZ . | 15 |
| 2.1 A PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA | 15 |
| 2.2 O <i>SETTING</i> TERAPÊUTICO | 16 |
| 2.3 O PSICOTERAPEUTA PSICANALÍTICO | 18 |
| 2.4 A SURDEZ | 20 |
| 2.5 SURDEZ: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO E COMPREENSÃO NA HISTÓRIA | 22 |
| 2.6 O SUJEITO SURDO: QUESTÕES SOBRE A ATUALIDADE E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL | 24 |
| 3 METODOLOGIA | 28 |
| 3.1 DELINEAMENTO | 28 |
| 3.2 AMOSTRA | 28 |
| 3.3 INSTRUMENTOS | 28 |
| 3.3.1 Entrevista semiestruturada | 29 |
| 3.4 COLETA DOS DADOS | 29 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 29 |
| 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS | 30 |
| 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 32 |
| 4.1 LIBRAS: A BASE PARA UM ACOLHIMENTO TERAPÊUTICO..... | 33 |
| 4.2 CULTURA SURDA: UM INTERCÂMBIO NECESSÁRIO | 34 |
| 4.3 DA REDE AO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA..... | 35 |
| 4.4 A SOLIDÃO DE QUEM ESTÁ COMEÇANDO NESSE CAMPO DE TRABALHO...35 | |
| 4.5 OS ATRAVESSAMENTOS DO MEIO AMBIENTE NA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA DO SURDO | 37 |
| 4.6 SEMBLANTE FAMILIAR..... | 39 |
| 4.7 AJUSTAMENTO DO <i>SETTING</i> : UMA REORGANIZAÇÃO NO CONSULTÓRIO E NO PROFISSIONAL | 42 |
| 4.8 ALGUMAS DIFERENÇAS ENTRE A CLÍNICA COM SURDOS E A CLÍNICA COM OUVINTES | 43 |
| 4.9 A ESCUTA POR OUTRAS VIAS: O CORPO FALA..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 4.10 "CONFLITOS TODO MUNDO TEM": MOTIVAÇÃO PARA A BUSCA DE TRATAMENTO..... | 45 |
| 4.11 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICODINÂMICA DOS PACIENTES SURDOS..... | 45 |
| 4.12 AMPLIAÇÃO DO ENTENDIMENTO TEÓRICO E AJUSTES NAS INTERVENÇÕES: A PSICANÁLISE É PARA TODOS | 46 |
| 4.13 O PSICOTERAPEUTA DE PACIENTES SURDOS | 47 |
| 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 48 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| 7 CONCLUSÃO | 57 |
| REFERÊNCIAS | 58 |
| ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 61 |
| ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO | 62 |
| ANEXO 3 – ENTREVISTA: QUESTÕES NORTEADORAS..... | 63 |
| ANEXO 4 – ARTIGO | 64 |

APRESENTAÇÃO

Em julho de 2010, um semestre após a minha formatura no Curso de Graduação em Psicologia, iniciei uma especialização em Psicoterapia Psicanalítica, na Instituição Estudos Integrados em Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP), em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Ali passei a me questionar sobre diferentes formas de exercer a escuta clínica.

Despretensiosamente, em uma tarde daquele mesmo ano, estava assistindo a um seriado de televisão que tinha como personagem principal um adolescente surdo. O “mocinho” da trama envolvera-se em um crime e, a partir desse ocorrido, uma sucessão de fatos foi sendo exposta, apresentando ao telespectador um emaranhado de conflitos psicológicos vivenciados por aquele sujeito. Aquela história — e todas as suas variáveis — causou em mim uma sensação de empatia e me inclinou ao assunto da *surdez*.

Há muito tempo eu manifestava curiosidades sobre a comunicação entre pessoas surdas e delas com ouvintes. Pensava: como elas se comunicam? Como pensam? Como sentem? Como é viver no silêncio? Apesar de saber, de forma geral, que existem diferentes níveis de surdez, além de casos nos quais é feito o implante coclear ou o uso de aparelho auditivo, nunca me detive em conhecer mais sobre essas realidades. No entanto, naquele dia, outras perguntas surgiram como um *insight* em meus pensamentos: como os surdos tratam os seus conflitos psicológicos? Quem os escuta? Tais questionamentos desencadearam outras indagações mais profundas, entre as quais destaco cinco: quem é o psicoterapeuta que atende aos surdos? Como ele atua? A Psicoterapia Psicanalítica é possível nesses casos? A escuta como função *princeps* do terapeuta é diferente para essas pessoas? É necessário fazer adaptações no *setting* psicoterápico?

Desse dia em diante, busquei me envolver mais com esse universo que se mostrava tão diferente do meu. Iniciei aulas de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), fiz amigos surdos e, mais tarde, ingressei no Curso de Especialização em Tradutor Intérprete de LIBRAS (TIL), dentro do Sistema de Ensino Gaúcho, em Porto Alegre. Esse instituto é parceiro/vinculado à Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA), também conhecida como Celer Faculdades, de Santa Catarina. Minha intenção era ampliar a minha própria escuta com relação a esse público. Como tenho foco na clínica psicanalítica, nunca foi minha pretensão trabalhar como TIL, mas sim me fazer capacitada para ajudar a traduzir e interpretar o sofrimento e o discurso — às vezes oralizado, às vezes sinalizado — daqueles que não ouvem.

Durante o período de aulas de TIL, tive a oportunidade de receber um paciente surdo para psicoterapia durante alguns meses. Destarte, apesar do pouco tempo de atendimento a esse

sujeito, essa experiência não apenas enriqueceu o meu contato com a surdez, como também contribuiu ainda mais para a elaboração de um roteiro de entrevista sobre a prática. A lista de perguntas tornou-se, então, a ferramenta primordial para a elaboração da minha monografia na conclusão do curso. Contudo, com a finalização do trabalho, o qual de fato esclareceu algumas questões, vi-me instigada a aprofundar ainda mais os meus estudos sobre o tema, não apenas por uma necessidade pessoal, mas também por perceber que esse assunto carece de atenção e investigação, sobretudo da Psicanálise. Diante disso e da escassez de psicoterapeutas psicanalíticos que realizam esse tipo de atendimento, desejo fazer da minha dissertação um apoio àqueles que pretendem tratar pacientes surdos, bem como oferecer um incentivo para a elaboração de mais reflexões, mais pesquisas e materiais a respeito da surdez.

1 INTRODUÇÃO

Poucos são os estudos desenvolvidos sobre Psicanálise com pessoas surdas¹, principalmente no Brasil. Existe um número crescente de pesquisas com esse tema voltadas à educação e à linguística; no entanto, no que concerne à saúde mental, é possível perceber, na leitura de artigos, que as referências se repetem. Foram pesquisadas publicações sobre tratamentos psicanalíticos com pessoas surdas nas plataformas PubMed, LILACS e PsycINFO, mas sem muito sucesso. Assim, essa investigação contou, em sua maior parte, com o aporte dos livros *O sujeito surdo e a Psicanálise: uma outra via de escuta*, da psicanalista Maria Cristina Petrucci Solé (2005), e *Atendimento Psicanalítico do paciente com surdez*, da psicanalista Ana Cristina Marzolla (2012). Na mesma proporção, apoiou-se nos textos da psicóloga argentina Maria Alejandra Jodar, concedidos pela própria autora (2006, 2012, 2013).

Bisol, Simioni e Sperb (2008) referem que, mais recentemente, alguns psicanalistas vêm se interessando pela surdez, em especial no que diz respeito ao desenvolvimento da personalidade. Diante de uma dura realidade enfrentada pelos surdos, pautada por generalizações, a escuta analítica procura direcionar a sua compreensão à singularidade para além da limitação. Os autores acreditam que a Psicanálise pode contribuir bastante para as mais diferentes áreas que se ocupam desse público. Perlin (2005) defende que os ouvintes devem auxiliar no desenvolvimento do contexto da surdez, comprometendo-se, junto à comunidade surda, a ressaltar e proteger as diferenças. A autora utiliza o termo *multiculturalismo*, no sentido de propor um rompimento com a imposição da cultura ouvintista. Apesar das significativas transformações ao longo da história, o discurso dos surdos segue buscando força e autonomia (PERLIN, 2005). Todavia, ainda há muito trabalho a ser feito.

Solé (2005) lembra que a surdez é, há muitos anos, objeto de estudo de diversos campos, como a medicina, a fonoaudiologia e a educação, que inicialmente pensavam-na sob uma perspectiva reabilitadora. Tal concepção infelizmente ainda perdura na visão de muitos profissionais das áreas da saúde e educação, podendo acarretar diversas consequências negativas para o desenvolvimento dos surdos — entre elas, a falta do uso da língua de sinais, que é o único acesso da criança com falta de audição à capacidade de simbolização. A mesma autora, em concordância com Marzolla (2012), afirma que a surdez em si não é um problema, mas facilita o surgimento de entraves na constituição do *self*. A partir da sua experiência, observa: “o diagnóstico de surdez e a representação que os pais têm da surdez favorece o risco

¹Assim como Marzolla (2012), destaco que, neste trabalho, refiro-me a pessoas surdas como qualquer sujeito portador de deficiência auditiva bilateral profunda, ou seja, com lesão severa nos dois ouvidos.

de excessos [...] colocando esses sujeitos, na melhor das hipóteses, em uma adolescência prolongada ou, na pior hipótese, em uma infância prolongada” (SOLÉ, 2005, p.22). Portanto, viver no silêncio em um ambiente inapto para lidar com a falta auditiva pode oportunizar o surgimento de psicopatologias, bem como trazer impedimentos ao crescimento intelectual e emocional, e à capacidade de se comunicar (SACKS, 1998; SOLÉ, 2005).

Para dar conta do sofrimento, decorrente ou não da condição de surdez, muitos surdos têm chegado aos consultórios de psicoterapia e encontrado profissionais desamparados e sem preparo, sobretudo tecnicamente, para lidar com a sua diferença. Seja pelo número restrito de publicações ou de colegas que trabalham nesse campo, muitos clínicos psicanalíticos veem-se obrigados a conduzir os tratamentos de forma mais intuitiva. Como lembra Solé (2005), nenhum dos grandes teóricos da Psicanálise se ocupou dos sujeitos sem audição. A autora denuncia que, ao longo dos anos, a Psicologia também manteve a sua atenção voltada para a capacidade cognitiva da criança surda, sustentando assim uma visão “clínico-terapêutica educativa“. Por outro lado, afirma:

Esta visão comportamentalista tem sido extremamente combatida, já que há uma tentativa de “despsicologização“ da surdez. A intenção de não tomar a surdez como uma síndrome que acarreta a todos as mesmas dificuldades e também não apenas avaliar o comportamento daqueles que não têm a audição, tem sido a preocupação dos que se ocupam dessa questão. (SOLÉ, 2005, p. 31)

Para tanto, este estudo tem a intenção de promover um maior entendimento sobre o tema, partindo da indagação: quais os aspectos e as adaptações técnicas que caracterizam o atendimento em Psicoterapia Psicanalítica dos pacientes surdos?

Ainda que tenham sido encontrados alguns artigos e dois livros referentes ao assunto, a maioria dos escritos apresenta uma narrativa pessoal, evidenciando a necessidade de se desenvolver pesquisas mais abrangentes, o que justifica a presente investigação. Por mais que a Psicanálise se proponha a ouvir o sujeito em sua subjetividade, ou seja, em sua diferença, a condição da surdez convida o psicoterapeuta a repensar a sua clínica, a partir de uma escuta aparentemente peculiar.

Cabe esclarecer, desde já, que a presente escrita é resultado de uma pesquisa qualitativa (analítica e subjetiva), amparada por uma leitura diversificada e pela metodologia de análise de conteúdo conceituada por Bardin (2006). Algumas perguntas nortearam a investigação, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a temática da surdez; identificar se existem psicoterapeutas psicanalíticos que atendem a pacientes surdos em Porto Alegre (RS); explorar as diferenças entre o atendimento em Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos e

pacientes ouvintes; conhecer os motivos de busca para tratamento dessa população; investigar aspectos familiares de paciente surdos; compreender aspectos transferenciais e contratransferenciais; discutir a necessidade (ou não) da criação de uma literatura psicanalítica específica para essa prática e construir um material teórico sobre a Psicoterapia Psicanalítica com surdos.

Além disso, busca saber sobre os primeiros passos para iniciar um atendimento com esse público, as dificuldades encontradas inicialmente, as adaptações no *setting* terapêutico, a sustentação da atenção flutuante, a supervisão, entre outros. As experiências relatadas, combinadas com o material encontrado, podem contribuir para a preparação e o desenvolvimento da prática dos psicoterapeutas psicanalíticos que atuam junto a esse público específico. Vale lembrar que, assim como Solé (2005), parte-se aqui do entendimento de que a Psicanálise não se limita a um enfoque normativo, não visa à “cura”. Trata-se de um método que explora os fenômenos psíquicos, dirigindo-se na contramão de uma via corretiva.

2 O CONTEXTO PSICOTERÁPICO E AS SUAS RELAÇÕES COM A SURDEZ

Esta seção pretende elucidar alguns pontos sobre o contexto da psicoterapia psicanalítica, bem como as relações estabelecidas com o universo da surdez e do surdo.

2.1 A PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

A Psicoterapia Psicanalítica é uma ferramenta terapêutica desenvolvida há mais de 100 anos, a partir da Psicanálise² de Sigmund Freud, mas sem utilizar todas as recomendações desse método (ROUDINESCO; PLON, 1998). Ela tem o seu olhar voltado ao funcionamento e desenvolvimento psíquico, bem como ao reconhecimento de elementos do inconsciente³, que influenciam o comportamento e as emoções dos seres humanos. Essa prática clínica encoraja o sujeito que a procura a olhar para dentro de si, fazendo uso da técnica de associação livre de ideias⁴. Tendo como base a análise fenomenológica da narrativa, o paciente é instigado a falar, desvencilhando-se de ordem, (pré-)conceitos ou mesmo de constrangimentos.

No espaço terapêutico, nomeado como *setting*, pressupõe-se que não existam juízos de valor ou condenações. Dessa forma, é permitindo que o paciente fale de maneira espontânea sobre qualquer assunto. O psicoterapeuta não censura nem orienta os sujeitos. Como afirma Freud (1912), na técnica psicanalítica, não se deve induzir recordações ou momentos de vida. Logo, o profissional apenas auxilia, com o seu conhecimento técnico, na releitura e interpretação de lembranças, traumas e vivências. Ela facilita, portanto, a capacidade de *insight*⁵ e, como consequência, a possibilidade de mudança psíquica.

Os encontros entre psicoterapeuta e paciente estabelecem, com o tempo, a chamada aliança terapêutica⁶. Essa relação dual trata de um acordo (GOMES, 2005), que também contribui para a formação do *setting*, e é protegida pelo código ético de confidencialidade. Em outras palavras, nada do que é dito em uma sessão de psicoterapia pode ser exposto pela pessoa do terapeuta fora do atendimento. Somente é possível abrir informações em situações nas quais

² Nomenclatura dada por Sigmund Freud, em 1896, ao novo método de psicoterapia desenvolvido por ele, conhecido como tratamento pela fala (ROUDINESCO; PLON, 1998).

³ Fenômeno que atua na nossa mente sem que saibamos. É extratemporal, independente de nós e que, no entanto, determina que somos. Guarda memórias, desejos, traumas, esquecidos (recalcados) (NASIO, 1999).

⁴ Regra fundamental da Psicanálise (ROUDINESCO; PLON, 1998).

⁵ O momento da tomada de consciência de algo significativo a respeito da vida psíquica no tratamento (LEVY, 2005).

⁶ Relação positiva necessária entre terapeuta e paciente no processo a ser desenvolvido entre ambos (GOMES, 2005).

o paciente coloca a si mesmo ou outros em risco (nesse caso, o paciente é comunicado sobre essa decisão), e para a produção de artigos, livros, seminários e supervisão, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo paciente.

Essa categoria de tratamento — a Psicoterapia Psicanalítica — destina-se a diferentes faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e idosos podem se beneficiar (e muito) de um acompanhamento sistemático e frequente. Independentemente da idade, entregar-se ao cuidado psicanalítico requer, antes de mais nada, motivação. É um exercício que demanda tempo e coragem para se despir emocionalmente em frente ao profissional que se prontifica a fazer essa escuta. As consultas podem perdurar por meses ou anos, sem data de término predeterminada.

Diferentemente do que muitas pessoas esperam, o terapeuta não tem respostas prontas. Como afirma Freud (1913), muitos podem ser os resultados; no entanto, é impossível prevê-los. O sucesso do tratamento depende de diferentes variáveis, inerentes à singularidade de cada relação terapêutica e do desejo de ambos — terapeuta e paciente — de tratar e ser tratado. Lucion e Knijinik (2005) lembram que são elementos conscientes, somados a vários outros inconscientes, que produzem conexões positivas ao progresso psicoterápico, sustentando assim um verdadeiro campo empático.

Os propósitos da Psicoterapia Psicanalítica são, majoritariamente, o autoconhecimento, a melhor compreensão sobre os próprios afetos e comportamentos, o aumento da capacidade de lidar com conflitos psicológicos e o alívio da dor emocional daquele que busca apoio (SCHESTATSKY; EIZIRIK; AGUIAR, 2005). Como consequência dessas conquistas, tende-se a melhorar o bem-estar pessoal e as relações interpessoais de cada um. Essas mudanças acontecem a partir de um processo de elaboração, no qual se conectam experiências atuais e passadas, que se tornam vias para uma nova perspectiva de vida.

2.2 O *SETTING* TERAPÊUTICO

Para descrever o *setting* terapêutico, é importante salientar, desde o início, que não se trata de um espaço físico unicamente. É natural que ele se instale dentro de um cenário concreto (o consultório), compondo-se fundamentalmente de elementos abstratos, mas vitais para o processo psicoterápico.

O *setting* é estabelecido desde os primeiros contatos entre a dupla paciente/terapeuta e contempla, segundo Zimmerman (2004), um conjunto de procedimentos e acordos que organizam, normatizam e possibilitam o tratamento. Etchegoyen (1989) complementa, dizendo

que, para além de uma articulação entre regras e combinações, o *setting* se estabelece principalmente pela atitude ética do profissional.

Zimerman (2004) destaca que um ponto importante é o reconhecimento da posição assimétrica entre paciente e terapeuta. O autor refere que há hoje uma espontaneidade maior por parte do clínico, mas a diferenciação de lugares se faz necessária para um intercâmbio saudável e efetivo no andamento da terapia. Isso quer dizer que é elementar que o profissional que se dispõe a escutar o seu paciente reconheça e ajude na firmação dos papéis de cada um. Caso essa postura não seja sustentada, poderá gerar um sentimento de confusão na aliança, contribuindo para que o processo fracasse.

Juntamente a essa diferenciação, cabe ao terapeuta pontuar funções e obrigações dele próprio (neutralidade, por exemplo) e do paciente. Em sua teorização, Freud (1912) orienta que o profissional deve ser “opaco” àqueles que atende “e, como um espelho, não mostrar-lhes nada, exceto o que lhe é mostrado”. No entanto, Pechansky (2005) declara que tal estado impessoal é idealizado, não podendo ser totalmente atingido. Além dessa recomendação, é necessário também combinar os dias, a hora, a duração dos atendimentos, as faltas, as férias e a negociação dos honorários.

No que se refere aos honorários, cabe salientar a importância do valor pago ao psicoterapeuta. A remuneração ajuda o sujeito a simbolizar o seu investimento na própria saúde emocional, bem como deve garantir àquele que trata a valorização de seu trabalho. Freud (1913) sugere que as questões sobre o pagamento sejam conversadas de forma natural e franca, ou seja, sem melindres.

Outro ponto essencial é a garantia de que não haverá um terceiro durante os encontros. Como afirma Freud, em sua obra *A questão da análise leiga* (1926), na situação analítica, não é permitida a presença de mais ninguém, além da dupla terapêutica. A troca durante a sessão deve ocorrer somente entre duas pessoas, salvo alguns atendimentos infantis ou situações específicas/pontuais.

A acomodação e a reposição desses princípios produzem um espaço confiável e ordenado, capaz de abrigar toda a intimidade do paciente, permitindo-o regressar aos aspectos e traumas de sua infância. Para Zimerman (2004), a razão nobre do *setting* é permitir a reexperimentação de vivências anteriores. Com auxílio do profissional, é possível retomar situações emocionais conflituosas e mal compreendidas pela criança do passado, que ainda se fazem presentes na mente do adulto.

Ao mesmo tempo em que é primordial a consistência dos pilares contratuais, o corpo do tratamento deve se mostrar flexível para mudanças que vão surgindo. Tanto a pessoa do

paciente quanto a pessoa do psicoterapeuta transformam-se ao longo do tempo, ocasionando “rupturas” na dinâmica da relação. Essas brechas podem desestabilizar o vínculo terapêutico; contudo, quando bem estabelecido o enquadramento do *setting*, elas podem servir de indicador de prosperidade no andamento da psicoterapia.

2.3 O PSICOTERAPEUTA PSICANALÍTICO

Descrever o sujeito que atua como psicoterapeuta, em qualquer linha teórica, não é tarefa fácil. Existem características básicas necessárias, mas que serão sempre articuladas com a história, a cultura e a personalidade de cada profissional. Em essência, é impossível engessar um perfil.

Apesar de ter como base os princípios gerais do *setting*, da teoria e de seu código de ética, o psicoterapeuta psicanalítico será também conduzido por suas particularidades. Alguns são mais falantes; outros, nem tanto. Podem ser mais velhos, mais jovens, mais modernos, mais clássicos. Alguns são mais sorridentes, outros mais sérios. Existem aqueles que adotam o senso de humor, fazendo uso de trocadilhos, bem como aqueles que preferem utilizar citações poéticas. Uns falam mais alto, outros mais baixo, e há aqueles que alteram o tom de voz de acordo com o assunto. Alguns psicoterapeutas preferem pagamento em dinheiro, outros em cheque, e outros, de acordo com paciente. Alguns negociam valores, outros não. Alguns se mostram mais diretos, outros mais subjetivos ou mais metafóricos. Cada um se apresenta na forma como é.

Tais singularidades, no entanto, devem integrar-se aos princípios éticos da atividade terapêutica. Na mesma proporção, devem ser congruentes com os critérios norteadores da prática psicoterápica de orientação psicanalítica. Como descreve Zimmerman (2004), é necessário que o psicoterapeuta tenha disposição para lidar com angústias e surpresas advindas do seu próprio inconsciente e do inconsciente do seu paciente.

Além dos elementos citados na Seção 2.2 (sigilo, assimetria e neutralidade), ao psicoterapeuta psicanalítico são recomendadas mais três práticas: a constante atualização teórica, a supervisão e o tratamento pessoal. Essas ações compõem o denominado tripé da formação analítica, referido por Freud (1919) em seu texto *Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades*.

O primeiro segmento desse triângulo — o estudo permanente — possibilita um aprimoramento da teoria e da técnica ao profissional. Considerando que a sociedade está em constante transformação, é necessário conectar-se a esse movimento, desenvolvendo um

diálogo entre entendimentos tradicionais e contemporâneos. Além disso, uma exploração continuada de autores, contextos, assuntos e linhas de pensamento amplia os recursos de compreensão do profissional sobre o seu paciente, captando a sua pluralidade. Afinal, todo sujeito é resultado da soma de componentes psicológicos (conscientes e inconscientes), biológicos e culturais (ambientais).

Sobre o ponto da supervisão, como já diz a palavra, trata-se de um instrumento que potencializa, de várias formas, o campo de visão (no sentido multiperceptivo) do psicoterapeuta. Buscar auxílio de alguém mais experiente — na teoria e na técnica — ajuda o supervisionado a não apenas aperfeiçoar a sua prática, como também enxergar de outro ângulo as demandas, os comportamentos e as situações que permeiam a sessão. De acordo com Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003), o supervisor, ao disponibilizar-se como modelo, acaba oferecendo a sua mente como referência para que o seu pupilo desenvolva a própria maneira de entender e interpretar, criativamente, o inconsciente daqueles que trata. Essa relação de ensino e aprendizagem forma-se a partir da possibilidade de troca, na qual aquele que “sabe mais” e aquele que “sabe menos” complementam-se, visando a um objetivo comum: o cuidado com o paciente. Logo, escolher um supervisor não deve ser uma decisão baseada no acaso.

Nessa busca, é substancial considerar o fator *identificação*. Assim como existem diferentes tipos de psicoterapeutas, há diversos tipos de supervisores, os quais, em suas particularidades, apresentam personalidades distintas, além de outras formas de intervir, compreender e se comunicar com as pessoas. Como referem Saraiva e Nunes (2007), a continência do supervisor, sua disponibilidade, maturidade, generosidade e entusiasmo são elementos essenciais no desenvolvimento da função psicanalítica da personalidade do supervisionando e na formação de sua identidade como analista. Logo, ele (o supervisor) será fundamental para estimular a segurança do seu aprendiz.

Dentro dessa alteridade, cabe lembrar que cada supervisor atenderá a um tipo de público. Alguns são mais generalistas, outros preferem crianças, outros focam em adultos. São inúmeros os estilos e as direções. Por essa razão, o psicoterapeuta deve aliar-se àquele que melhor se encaixa ao seu propósito.

Para melhor funcionamento e conexão de todos os elementos e variáveis que foram relatados até agora, torna-se essencial o terceiro ponto dessa tríade: o tratamento pessoal. Como citado anteriormente, as diferentes performances e os muitos temperamentos dos terapeutas são o resultado da combinação entre experiências externas e internas de cada um. Para estimular um paciente a falar livremente, é preciso disponibilizar uma escuta livre; abrir mão de preconceitos ou opiniões pessoais não é o suficiente. Para que o profissional possa se entregar,

como dispositivo de mudança do outro, é preciso que ele se desfaça dos seus próprios conflitos e os elabore o suficiente. Alcançando esse vértice, dentro de suas possibilidades, ele tem condições de manter a chamada *atenção flutuante*⁷, que é a mais pura versão da escuta do inconsciente.

É por meio desse campo de comunicação que a mente do terapeuta vai alcançar a mente do paciente de forma mais profunda. Como aconselha Freud (1912), em *Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise*, o terapeuta “deve simplesmente escutar e não se preocupar se está lembrando de alguma coisa” (p. 126). Caso siga alguma inclinação, o tratamento corre o risco de se perder. Além disso, resolver as suas próprias questões permite que problemas e dificuldades pessoais não interfiram, de forma direta ou velada, no olhar sobre o outro. Sentimentos de impotência ou culpa, similaridade de conflitos, histórias parecidas, enfim, várias outras emoções podem atravessar negativamente o trabalho de um psicoterapeuta, quando não elaboradas.

Outro grande convite a um tratamento pessoal é o fato de o sujeito receber uma carga muito grande de emoções — positivas e negativas — daqueles de quem se ocupa. Considerando que um terapeuta é, antes de tudo, um ser humano, é inevitável que ele absorva certo volume dessas demandas. Assim, ter um espaço para falar de si permite o reconhecimento e o distanciamento daquilo que não é seu. A supervisão também auxilia nesse processo, pois, como referem Zaslavsky et al. (2003), é um processo baseado na identificação, no reconhecimento e na elaboração de sentimentos, assim como na terapia. No entanto, é somente com o tratamento pessoal que o psicoterapeuta profissional e a pessoa do psicoterapeuta serão capazes, potencialmente, de se diferenciar.

Por fim, tratar-se também ajuda os mais inexperientes a visualizar e se familiarizar com os aspectos de um atendimento. Contudo, todo e qualquer tipo de recomendação e possibilidade só é efetiva quando o psicoterapeuta psicanalítico se entrega profundamente ao seu trabalho e sente amor pelo que faz.

2.4 A SURDEZ

A surdez é, fisiologicamente, a ausência da capacidade de ouvir. Ela pode acontecer por diferentes fatores e se processar em diferentes graus. Assim como a deficiência auditiva

⁷ Termo criado por Sigmund Freud, em 1912, para nomear uma orientação da técnica psicanalítica que se caracteriza pela escuta livre, que não privilegia nenhum elemento do discurso dado do paciente, mas deixa que a própria atividade perceptiva do inconsciente do psicoterapeuta entre em ação (ROUDINESCO; PLON, 1998).

(faculdade da audição prejudicada, mas não nula), a surdez traz inúmeros desafios àqueles que a possuem. Como refere Marzolla (2012), as consequências da falta de audição, em alguns casos, podem ser “devastadoras”. Além de um histórico de preconceito e inacessibilidade ainda presentes atualmente, a surdez, como salientam Negrelli e Marcon (2006), é mal compreendida, uma vez que não é visível àqueles que ouvem. Esse aspecto vem acompanhado de forma consistente por peculiaridades no desenvolvimento, na educação e nas emoções, que, quando não acolhidas e investidas de cuidados, podem determinar o surgimento de problemas psicológicos e adaptativos por parte das pessoas surdas (MARZOLLA, 2012; NEGRELLI; MARCON, 2006). Se o meio não for receptivo à diferença, não haverá intercâmbios que possibilitem a identificação do sujeito surdo com o ambiente — fator fundamental para a constituição da sua identidade/personalidade (NEGRELLI; MARCON, 2006).

Devido à falta física e à “lacuna” de comunicação — desde os primeiros anos de vida — em certos sujeitos surdos, outro tipo de problema pode ocorrer: a dificuldade de subjetivar. Solé (2005) reforça que a surdez é um fator problematizante na constituição do sujeito, uma vez que este dependerá de outras vias (e suportes) de acesso, que não a audição, a informações originalmente sonoras. Escutar a voz, sobretudo da mãe, é tido na Psicanálise como um dos principais caminhos de estruturação do ego, pois facilita as identificações (SOLÉ, 2005). No entanto, quando filho de pais ouvintes e carente de uma língua que nomeie e dê sentido às suas sensações, o bebê surdo vivencia a sua infância limitado por uma barreira em seu processo de simbolização e compreensão do mundo. Como afirma Silva (2003), possuir uma linguagem permite o planejamento e a regulação dos seres humanos. Considerando que significar emoções, ou mesmo metaforizar, ou abstrair sentidos a partir de situações concretas, não é tarefa fácil a todos os ouvintes, essa função se torna ainda mais complexa para uma pessoa que não escuta.

Transformar sensações e sentimentos presentes no dia a dia em símbolos — ou seja, em conhecimento — depende de todo um aparato cognitivo e emocional, construído a partir das primeiras relações de troca entre o cuidador e o bebê, apoiadas no discurso. Uma língua e uma linguagem são fundamentais para o processo criativo, pois permitem abstrações, generalizações e a evolução do pensamento (SCHMIDT, 2013; WITT, 2003). Nesse sentido, torna-se fundamental introduzir a criança, desde cedo, ao universo da língua de sinais, uma vez que, entendendo e utilizando a comunicação gestual, ela pode se desenvolver intelectualmente tanto quanto os ouvintes (SCHMIDT, 2013; SILVA, 2003).

De maneira geral, o adulto deve amparar, nomear e traduzir todas as experiências positivas e negativas do e para o pequeno. Ele deve acolhê-las de forma desejável, adaptando-se às necessidades individuais da criança, para que esta absorva e se aproprie de cada

informação. Assim, ela formará o seu próprio registro de sensações e emoções, que garantirão uma melhor compreensão de sentimentos e comportamentos ao longo da vida. Esse respaldo é o que Winnicott (2005) chamou de ambiente suficientemente satisfatório.

É fundamental e estruturante a todas as crianças a presença de um ou mais adultos disponíveis a lidar com as suas demandas. É preciso que alguém se ofereça não apenas para suprir as suas necessidades básicas (como alimentação, higiene e conforto), mas também como alguém capaz de dar carinho e amor, e que sirva de espelho, dando um norte às suas identificações. Todavia, é comum que, quando os pais ou cuidadores descobrem que o seu filho sofre de alguma deficiência (nesse caso, a surdez), toda a sua energia e potencialidade sejam acometidas por uma ruptura. O déficit pode facilmente ser recusado (NEGRELLI; MARCON, 2006).

Como refere Solé (2005), o diagnóstico de surdez muitas vezes emudece a família, que passa a não perceber o sentido das manifestações da criança, bem como não considerar importante falar com ela, já que ela não ouve. As expectativas dos pais transformam-se num silêncio desintegrador. A realidade torna-se indigesta. Além disso, uma quebra na fantasia sobre o bebê ideal — perfeito — pode se tornar ainda mais drástica e prejudicial para a relação, quando as figuras de cuidado não são, naturalmente, um modelo de disponibilidade e sustentação. Contudo, é a qualidade desse vínculo que vai determinar o tipo de relação que o surdo terá futuramente consigo mesmo e com o restante da sociedade (NEGRELLI; MARCON, 2006).

2.5 SURDEZ: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO E COMPREENSÃO NA HISTÓRIA

Partindo da premissa de que é importante, para um melhor entendimento sobre o funcionamento dos sujeitos, conhecer a cultura e a trajetória histórica de que fazem parte, é relevante aprofundar tal contextualização também sobre o manejo com a sua condição, para se obter uma visão ampliada sobre a pessoa surda, ao longo dos anos. Como afirma Silva (2010), o surdo é um ser eminentemente social e, por essa razão, carrega em si marcas estabelecidas pela individualidade, sociedade, educação, cultura e história, que vêm se transformando ao longo dos anos.

De acordo com os registros (apesar de poucos), os escritos sobre surdos datam de muito tempo — desde a Antiguidade. De forma geral, é possível perceber que, principalmente no passado, aqueles que não apresentavam uma audição funcional eram tratados com preconceito

e menosprezo. Como refere Silva (2010), do período da Antiguidade à Idade Média, quem não ouvia não era reconhecido como sujeito apto à educação. O comum era a busca por “curas milagrosas que expressavam o obscurantismo da época”. Honora e Frizanco (2009) relata a intolerância dos gregos e dos romanos, que diminuíam o surdo, por considerá-lo incapaz de pensar. Eles acreditavam que a fala era uma consequência do pensamento; portanto, quem não falava não pensava. As autoras destacam o idealismo crucificador da Igreja, que reprimia qualquer pessoa portadora de deficiência por não ser, aos seus critérios, semelhante à imagem de Deus. Silva (2010) contribui com essa exposição, lembrando que a Igreja pregava a impossibilidade desses sujeitos à salvação.

Dessa forma, os surdos foram por muito tempo marginalizados, permanecendo carentes de direitos e, em certos momentos, impedidos de circular junto aos ouvintes. Como menciona Silva (2010), durante a crise do feudalismo, ocorreram muitas transformações sociais. Assim, pessoas consideradas desajustadas à sociedade passaram a ser isoladas do restante da população. “Dentre elas, os delinquentes, os loucos, os indigentes e, também, os surdos”. Witt (2003) lembra que tanto os surdos, quanto outros portadores de deficiência eram retirados de suas famílias e da sociedade, sendo tachados de inúteis, considerados como problemas ou mesmo como um castigo consequente de pecados. A autora ainda acrescenta que não raro os surdos eram vistos como doentes mentais ou autistas, reforçando a postura preconceituosa de excluí-los.

No entanto, Honora e Frizanco (2009) trazem que, no Ocidente, nesse mesmo período, surgiram os primeiros educadores de surdos. As autoras salientam que esse fato foi concomitante ao estabelecimento do entendimento de que ter ideias e pensar não são consequência da capacidade (ou não) de ouvir. Da mesma forma, foi na Idade Moderna, por conta da técnica de oralização, que chamar um surdo de mudo começou a perder sentido.

No entanto, a partir do século XVIII, a prática de ensinar os surdos a falar foi descentralizada. A língua gestual, que já vinha sendo aprimorada desde que o padre espanhol Juan Pablo Bonet (1579–1633) desenvolveu o primeiro alfabeto manual, começou a ganhar força. Honora e Frizanco (2009) referem que o padre defendia que o surdo aprenderia a ler com mais facilidade, se a fala fosse transformada numa expressão visível. Contudo, ao longo dos anos, ainda houve inúmeras oscilações e discussões em prol de definir o melhor método de comunicação e educação para os surdos.

No Brasil, segundo Honora e Frizanco (2009), a educação de surdos passou a ser considerada e trabalhada no período do Segundo Império, junto à criação da LIBRAS. O educador francês Harnest Huet, que era surdo, foi quem introduziu essa metodologia no país.

Nessa época, também, Huet — que tinha sido aluno no Instituto de Paris — pediu suporte ao então Imperador Dom Pedro II e edificou o Imperial Instituto Nacional de Surdos-Mudos, no Rio de Janeiro, hoje conhecido como Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES). Lá eram tratados, inicialmente, apenas meninos surdos, com o uso da LIBRAS. Entretanto, um século mais tarde, devido à imposição do II Congresso Internacional de Surdos-Mudos de Milão, o oralismo puro (ou seja, apenas a fala) passou a ser a metodologia adotada (HONORA; FRIZANCO, 2009; SACKS, 1998).

A educação oralista foi predominante por muito tempo. Por anos, a fala e a escrita foram consideradas os meios genuínos de comunicação. Somente na década de 1970, com a passagem da educadora Ivete Vasconcelos, da Universidade Gallaudes (Estados Unidos), a qual trouxe as suas ideias sobre comunicação total⁸, é que o bilinguismo passou a ser considerado. Tal proposta ganhou consistência e possibilidades por meio de pesquisas sobre a LIBRAS e sobre a educação de surdos realizadas no INES. Esses estudos, junto à insatisfação com o oralismo, deram origem ao primeiro curso de especialização para professores na área da surdez, bem como propagaram a incorporação da pedagogia bilíngue (SILVA; NEMBRI, 2010).

Hoje, ainda existem muitas divergências quanto ao melhor método a ser adotado. Honora e Frizanco (2009) ressaltam que desenvolver a língua oral é viável. No entanto, as autoras mostram-se contrárias a qualquer desestimulação a métodos que facilitam as interações, como a privação do aprendizado de LIBRAS. Elas também defendem que, dependendo do caso, é interessante o uso de ambos os recursos, afirmando que “os surdos que puderem desenvolver a língua oral, terão algumas vantagens se comparados aos que desenvolverem somente pela Língua de Sinais” (p. 28). Essas e outras questões sobre a integração social e o desenvolvimento emocional dos surdos serão abordadas em detalhes na próxima seção.

2.6 O SUJEITO SURDO: QUESTÕES SOBRE A ATUALIDADE E O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Como visto anteriormente, compreender a pessoa surda como alguém em condições de se desenvolver do ponto de vista cognitivo e social é um processo que vem acontecendo de forma lenta e turbulenta, ao longo do tempo. Apesar de as iniciativas pedagógicas terem surgido há muitos anos, a noção de um sujeito autônomo e potencialmente capaz — ou seja, normal — é bastante recente. Ainda existem discussões e discordâncias que influenciam diretamente nessa

⁸ Tem como foco a comunicação surdo-ouvinte e surdo-surdo, fazendo uso dos vários instrumentos da comunicação, desde sinais, passando pela oralização, desenhos, entre outros (CARDOSO; CAPITÃO, 2007).

concepção: há divergências em opiniões quanto a considerar a surdez como uma diferença ou uma deficiência, bem como o insistente confronto sobre a melhor forma de comunicação e educação, e o acolhimento da família e da sociedade, que nem sempre é tão empática e acessível com aquilo que lhe parece estranho. Nesse sentido, todos esses elementos exigem um olhar e uma escrita mais aprofundados, a fim de que sejam verdadeiramente compreendidos.

Contudo, é possível perceber, de maneira geral, que o entendimento sobre a surdez ainda é bastante limitado — talvez não no quesito fisiológico, mas com certeza nos quesitos civil e subjetivo/emocional. A oficialização da LIBRAS, apesar de ela já estar há muito tempo inserida na comunidade surda brasileira, só ocorreu em abril de 2002, por meio da Lei 10.436, sancionada pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (BISOL; SIMIONI; SPERB, 2008; BRASIL, 2002; SILVA; NEMBRI, 2010). Posteriormente, o Decreto 5626/2005 a regulamentou.

Ambos os ordenamentos representam conquistas dos diversos movimentos e das lutas dos brasileiros engajados na inclusão e na qualidade de vida das pessoas surdas. Todavia, não são sempre executados como deveriam. A garantia da presença de um tradutor intérprete de LIBRAS em espaços sociais — públicos ou privados — é uma das normas desse decreto (BRASIL, 2002); na prática, porém, tal exigência é muitas vezes negligenciada, deixando vários locais inacessíveis àqueles que precisam de recursos visuais/gestuais para se integrar.

A LIBRAS também é uma determinação como disciplina curricular nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério (nível médio e superior) e nos cursos de fonoaudiologia, tanto de instituições de ensino públicas quanto privadas (BRASIL, 2005). Tais legislações são passos importantes para garantir a inclusão, mas ainda há muito a ser feito, especialmente no que se refere à necessidade de uma fiscalização reforçada.

No que tange ao lado emocional, a teoria arcaica de que surdo é alguém que não pensa e não sente foi abandonada. Sabe-se que existem algumas peculiaridades advindas da falta auditiva, mas que em nada impedem uma constituição saudável e rica em personalidade. Em realidade, os entraves psicológicos ocasionados pelo diagnóstico da surdez são, na maioria das vezes, alavancados pela incapacidade do meio — principalmente da família — de lidar com a situação. A falta de audição é, de fato, uma condição diferenciada e interpretada de forma singular pelo sujeito (SILVA, 2003; SOLÉ, 2005). Contudo, se bem acolhida, pode ficar em segundo ou terceiro plano, diante das suas potencialidades; basta que o surdo seja estimulado e compreendido em suas diferentes formas de absorver e emitir informações, bem como na elaboração de sua subjetividade. Esse amparo torna-se fundamental, uma vez que a surdez é a ausência de um sentido importante para o estabelecimento do ser (SOLÉ, 2005).

É preciso cuidar para que, independentemente das causas, o sentido faltoso no bebê — a audição — não seja incorporado pelos pais (ou cuidadores), provocando um impedimento na comunicação, estendendo o ensurdecimento para algo além do físico, mas alusivo à qualidade da relação. Como enfatizado por Silva (2003), a adaptação só terá chances de ser positiva na medida em que os familiares elaborarem bem o diagnóstico da surdez.

Enquanto bebê, na condição de total dependência, o ser humano utiliza-se da voz daquele que o cuida como fonte de apoio. Esse recurso sonoro torna-se um mediador que nomeia e traduz vivências e emoções, colaborando, junto a outros sentidos, para o desenvolvimento saudável da autonomia. Segundo Winnicott (1975), a disponibilidade em cuidar vinda do adulto origina um sentimento de confiança na criança; com o tempo, isso facilita um afastamento vital ao crescimento e à independência do pequeno. Esse processo de distanciamento acontece aos poucos, precisando de muita comunicação para amadurecer. Nesse contexto, quando há uma barreira não apenas física, mas sobretudo psicológica, essa etapa do desenvolvimento permanece estagnada.

Negrelli e Marcon (2006) salientam que, ao descobrir a deficiência do filho, muitas vezes a família sente-se dilacerada. Não é comum aceitarem a “novidade” de forma pacífica. Assim, esse sentimento negativo pode acabar custando ao surdo um isolamento consequente da incompreensão, ou mesmo de uma superproteção (SOLÉ, 2005), carente de estímulos e sustentado na indiferenciação. Quando há uma troca, é possível individualizar. O intercâmbio garante uma memória e um simbolismo da presença do outro, que impede a perpetuação da simbiose inicial. Logo, quando a permuta não acontece de forma adequada, o mais frágil e dependente não consegue se desvencilhar, precisando, então, manter a proximidade emocional (e muitas vezes física) como garantia de sobrevivência, mesmo ficando imerso e só, no silêncio abandonante do outro.

Erroneamente, supõe-se que a surdez fisiológica é razão direta para o cultivo de dependência pelos pais, de transtornos emocionais e, como referem Cardoso e Capitão (2007), de traços estereotipados de rigidez, baixa sociabilidade, entre outros. No entanto, tais conflitos, assim como em sujeitos ouvintes, instalam-se pela insatisfatória dinâmica entre o ambiente e a criança, em seus primeiros anos de vida. Ocorre que, em surdos, esses percalços podem surgir com mais facilidade (SOLÉ, 2005), pois o pequeno que não escuta exigirá muito mais de seu cuidador. Este último terá de dispor de mais energia, mais dedicação e mais jogo de cintura para lidar com questões que estão além de um progresso habitual de desenvolvimento, mas também com as particularidades da surdez. Entre elas, destacam-se a assimilação de informações por

intermédio principalmente da visão e a falta de um sentido, configurando-se como uma “marca no corpo” que precisa ser devidamente elaborada pela psiquê (SOLÉ, 2005).

Esses elementos contribuem para uma necessidade de ajustar os espaços e as pessoas envolvidas na educação desses sujeitos. É possível que essas questões se tornem apenas detalhes, conforme há uma dedicação por parte do meio em sintonizar as suas perspectivas às demandas do desenvolvimento do indivíduo surdo.

Considerando o que foi exposto até aqui, com especial atenção às desejáveis mudanças ambientais para que o surdo tenha uma desenvoltura saudável da psiquê, pode-se pensar na hipótese de que o tratamento em Psicoterapia Psicanalítica com esse público se dá também de forma adaptada. Inicialmente, o discurso e a escuta acontecem por outras vias, que não a da voz e da audição, convidando o profissional a fazer uma possível reconfiguração na tradicional técnica de cura pela fala.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório, que investiga as particularidades do atendimento em Psicoterapia Psicanalítica, realizado por profissionais ouvintes com pacientes surdos.

3.2 AMOSTRA

Pela dificuldade de encontrar e/ou acessar psicoterapeutas psicanalíticos que atendem pacientes surdos em Porto Alegre (RS), dois profissionais também foram indicados na cidade de São Paulo (SP). Contudo, apenas um deles se declarou disponível para contribuir no estudo. A amostra, que inicialmente pretendia dez participantes, foi composta por conveniência de seis, nenhum dos quais possui especialização em Psicoterapia Psicanalítica. Foram entrevistados dois psicanalistas, um psicanalista em formação e três psicólogas que trabalham com entendimento analítico, mas não têm formação. Os critérios para a escolha dos sujeitos foram a bagagem em atendimento com pessoas surdas, a abordagem teórica — a Psicanálise — e a disponibilidade em colaborar com a investigação. O Quadro 1 apresenta os participantes da pesquisa.

Quadro 1 - Dados dos participantes.

| Clínicos entrevistados | Tempo de experiência em atendimento de pacientes surdos | Atende surdos atualmente |
|-------------------------------|--|---------------------------------|
| N1 | 2 anos | Sim |
| N2 | 16 anos | Sim |
| N3 | 11 anos | Não |
| N4 | 35 anos | Não |
| N5 | 6 anos | Sim |
| N6 | 10 anos | Sim |

3.3 INSTRUMENTOS

3.3.1 Entrevista semiestruturada

A coleta de dados foi feita mediante a utilização de uma entrevista semiestruturada (Anexo 3), precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). De acordo com Belei et al. (2008), as entrevistas são usadas com frequência, por apresentarem diversas formas e cuidados, que lhes garantem uma boa qualidade na coleta de informações. A lista de questões da presente pesquisa foi elaborada a partir de uma revisão teórica sobre a Psicoterapia Psicanalítica, sobre a surdez e sobre o atendimento psicológico com pessoas surdas.

Tal modelo de entrevista foi escolhido para essa investigação, por permitir que o entrevistado tenha mais liberdade ao respondê-la. Trata-se de um roteiro com perguntas abertas (BELEI et al., 2008), que possibilita ao entrevistador o esclarecimento de dados que considere confusos e/ou incompletos. De acordo com Nunes (2005), a entrevista semiestruturada caracteriza-se por um conjunto de temas previamente preparados para serem abordados com o entrevistado. Formar uma base de questões, possibilita uma melhor exploração dos pontos relevantes. Além disso, a flexibilidade do questionário permite ao respondente a autonomia em comunicar o que lhe parece importante e essencial.

3.4 COLETA DOS DADOS

O primeiro contato com os participantes aconteceu via e-mail, Facebook ou telefone. O dia, a hora e o local das entrevistas foram definidos pelos próprios entrevistados. As conversas ocorreram, em sua maioria, pessoalmente; apenas uma, pela questão geográfica, deu-se via Skype. O tempo médio de cada encontro foi de 1 hora e 30 minutos, e todas as informações ficaram registradas em gravação de áudio. Os dados foram transcritos e estão guardados em sigilo pela entrevistadora.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo teve como suporte fundamental a metodologia conceituada por Bardin (2006). Segundo a autora, trata-se de um processo empírico que depende do tipo de verbalização e interpretação que se busca. O pesquisador é quem vai delimitar o material. Moraes (1999) afirma que o procedimento é diretamente influenciado pela forma como o

investigador percebe os dados; ele considera inevitável uma significação pessoal. Bardin (2006) refere que a análise de conteúdo pode ser aplicada a qualquer via de comunicação, seja ela falada ou escrita, descrevendo-a como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2006, p. 48)

Segundo Moraes (1999), o processo de análise de dados comporta cinco etapas:

1. Preparação das informações: quando é feita a leitura e a codificação numérica das entrevistas.
2. Transformação de conteúdos em Unidades de Registro (UR): quando aspectos significativos são retirados dos textos e numerados.
3. Categorização: quando as URs são agrupadas por semelhança ou analogia, conduzindo ao surgimento das unidades temáticas que darão origem aos núcleos de sentido.
4. Descrição: é o momento de apresentar os dados extraídos das verbalizações, por meio de um texto síntese que expresse o sentido contido nas URs. Citações diretas e dados originais das entrevistas também são expostos.
5. Interpretação: quando é apresentada a compreensão do conteúdo de forma fundamentada.

De modo geral, uma pesquisa deve, ao ser finalizada, apresentar com clareza os objetivos do estudo realizado (MORAES, 1999).

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A investigação foi conduzida em congruência com os preceitos éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96). O projeto foi aprovado pela Comissão Científica da UFRGS e pelo Comitê de Ética da mesma instituição, previamente à coleta de dados (Número do Parecer: 30482). As informações obtidas foram utilizadas para fins de pesquisa.

Os nomes dos participantes não foram divulgados, sendo a sua identificação substituída pela letra “N”, simbolizando o entrevistado, acompanhada de um número. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; uma cópia

ficou com a pesquisadora e outra com os participantes. O termo contém esclarecimentos sobre os objetivos e direitos dos entrevistados, bem como refere a concordância para a participação.

O material original ficará guardado em local seguro, por no mínimo cinco anos, e será manuseado apenas pela pesquisadora.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão expostos em categorias e ilustrados, respectivamente, por trechos das entrevistas. As verbalizações estão entrelaçadas de forma que se complementam, dando estrutura a pequenos textos, que posteriormente são discutidos com o auxílio de fundamentação teórica. O número total de URs foi de 189 declarações, compreendendo, em média, 31,5 URs por sujeito. Tais informações deram origem a 42 categorias iniciais, 12 categorias intermediárias e três categorias finais, apresentadas nos Quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2 - Categoria final *Inserção do profissional: preparação e embargos iniciais*

| Categorias iniciais | Categorias intermediárias | Categoria final |
|--|--|---|
| Primeiro: aprender LIBRAS | LIBRAS: a base para um acolhimento terapêutico | Inserção do profissional no campo da surdez: preparação e embargos iniciais |
| Acolhimento em LIBRAS | | |
| A dinâmica da LIBRAS | | |
| Segundo: imersão na cultura surda | Cultura surda: um intercâmbio necessário | |
| Possibilidades de aproximação ao universo dos surdos | | |
| A importância de delimitar o papel como profissional | | |
| Terceiro: estabelecer uma rede | Da rede ao profissional de referência | |
| Entraves para a construção da rede | | |
| Ponto de partida: empírico | A solidão de quem está começando nesse campo de trabalho | |
| Há poucos profissionais | | |
| Não existe supervisor com experiência em surdos | | |
| Um supervisor aberto para a experiência | | |

Esse primeiro grupo de dados aponta algumas recomendações, bem como dificuldades enfrentadas pelos terapeutas durante o processo de iniciação para trabalhar com pacientes

surdos. Ele salienta ainda a importância da LIBRAS e denuncia a solidão diante da escassez de profissionais e estudos sobre o tema. A categoria está subdividida em outras quatro categorias intermediárias, que serão apresentadas a seguir.

4.1 LIBRAS: A BASE PARA UM ACOLHIMENTO TERAPÊUTICO

Foi unânime entre os entrevistados a opinião de que aprender a LIBRAS é fundamental. *“Sem a possibilidade do conhecimento da língua, não tem como estabelecer uma comunicação com o mínimo de dificuldades”*.

Nem todos iniciaram no campo com fluência, como refere N1: *“eu não dominava a língua, mas pensei: agora vou ter que começar, e foi”*; mesmo assim, N3 afirma, de forma categórica, que *“não basta aprender a língua, tem que dominar”*. N6 acrescenta: *“Não é só a fluência, mas saber empregar a língua dentro do contexto da cultura. É uma língua dinâmica, com gírias próprias”*.

Entretanto, uma ressalva foi feita quanto aos surdos que são apenas oralizados e não se comunicam por meio da LIBRAS: *“a língua é importante desde que o surdo saiba LIBRAS”*. Por outro lado, foi indicado que usar a língua, mesmo que o paciente não a use, é importante para provocá-lo: *“Eu usava o sinal, o paciente gostasse ou não. Isso desacomodava-o”*. Utilizar a língua gestual também é percebido como uma forma de autorizar o sujeito que procura tratamento. *“Eu via que o uso do sinal facilitava muito. Eu acho que eles se sentiam, de certa forma, liberados para usar os sinais. Coisa que não era valorizado pela fono e pelos pais. Infelizmente, ainda hoje não é”*. Os profissionais enfatizaram que o domínio do idioma possibilita um acolhimento mais caloroso e efetivo. *“Abrir a porta do consultório e tu cumprimentares em língua de sinais, a pessoa responder em língua de sinais e manterem a conversa em língua de sinais, eu não sei explicar exatamente que diferença tem, mas cria um outro ambiente”*. N5 complementa: *“Eu percebo que, no momento em que o sujeito chega numa terapia que tem uma pessoa que consegue acessá-lo, que consegue entendê-lo, para ele é fantástico”*.

Alguns pontuaram o aspecto vivaz da LIBRAS e recomendaram que o profissional tenha contato com diferentes surdos, para ter acesso a vários estilos e entonações. *“Conheça outros surdos, numa forma de se testar para ver se tu vais conseguir dar conta de outras pessoas que não sejam as que tu já estás acostumada”*. Ainda, como a LIBRAS convida a uma desenvoltura expressiva, que nem todo mundo tem, N6 relata: *“fiz teatro no começo porque sempre tive dificuldades com essa coisa corporal”*.

4.2 CULTURA SURDA: UM INTERCÂMBIO NECESSÁRIO

Outra resposta unânime entre os participantes foi a afirmativa de que saber LIBRAS não é o suficiente para atender uma pessoa com surdez. De acordo com o grupo, é condição para uma clínica de qualidade a imersão na cultura surda. *“O movimento principal foi me aproximar da comunidade”*. *“Também tive que estudar a cultura surda, porque não é só a língua, eles têm realmente uma percepção de mundo diferente na nossa. A nossa é oral e auditiva, a deles é sensório-visual. Isso faz uma diferença”*. *“Não adianta ficar só no consultório. Tem que estar envolvido com algum tipo de processo para conseguir se apropriar do movimento”*. A maioria deu dicas por onde iniciar essa troca: *“comecei a acompanhar páginas de surdos na internet, ou coisas do gênero. Páginas de grupos que falam LIBRAS ou lidam com LIBRAS”*; *“fiz trabalho voluntário numa escola de surdos”*; *“comecei a participar de um grupo de estudos, uma vez por mês, para discutir a questão da comunicação total”*; *“existem vários grupos de WhatsApp, principalmente do movimento surdo, da diversidade linguística. Não ando com eles, mas eu consigo acompanhar o que está acontecendo. É uma maneira de entender o funcionamento”*.

Contudo, alertaram para a necessidade de o profissional delimitar bem o seu papel. Por se tratar de uma comunidade relativamente pequena, muitos surdos se conhecem e acabam tendo maiores chances de saber e se aproximar da pessoa real do terapeuta, o que pode ocasionar uma confusão de papéis terapeuta/intérprete/amigo. *“Desde o início eu delimito qual seria o meu papel. Surdos é igual trabalhar numa cidade do interior. Não adianta buscar fluência no clube de surdos, muito menos uma amizade”*. N5 revela ainda que *“a principal dificuldade é a questão que virei intérprete e acabei ocupando, também, outro papel dentro da comunidade”*. Na mesma proporção, N6 verbaliza: *“Eu tenho uma dificuldade grande com alguns pacientes quando, às vezes, tem algum caso judicial de separação, de guarda, esse tipo de coisa. Pois eles me pedem para interpretar. Eu tenho que dizer que sou a psicóloga, não a intérprete”*. Conclui: *“é muito difícil encontrar pessoas que eles possam conversar e que possam confiar. Então, como isso é escasso, eles te agarram para todos os papéis. A gente tem que estar o tempo todo limitando”*.

Todavia, em meio a essas colocações sobre a construção de fronteiras, uma declaração foi feita em outra direção: *“O que faço, às vezes, é acompanhar meus pacientes em consultas de outras especialidades médicas, para fazer a interpretação. Principalmente psiquiatra. Vou junto, mas só faço a interpretação, a mediação”*. Justificou: *“alguns surdos têm resistência*

bem grande aos intérpretes, principalmente nessa questão que envolve a vida particular, por medo de ter a vida espalhada”, e constatou: “por mais que a formação do intérprete exija certa ética e tudo o mais, às vezes, não funciona na prática”.

4.3 DA REDE AO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Um terceiro passo importante para se estabelecer como um clínico que atende a surdos é construir uma boa rede de encaminhamentos. N2 afirma que *“a rede funciona bem”*, apesar de N5 considerar que *“a maior dificuldade é fazer um nome”*. Alguns dos entrevistados, inclusive, trouxeram a ideia de que, por não existirem muitos profissionais que atendem em LIBRAS, aqueles que o fazem tendem a se tornar referência. *“À medida em que tu passa a ser conhecida como uma psicóloga que tem LIBRAS, devagarzinho os encaminhamentos vão chegando. Com o tempo, passei a ser referência para algumas pessoas”*. Ainda foi indicado que *“o que abriu portas foi ter feito trabalho voluntário e ter conquistado algumas pessoas no meio”*. *“É importante procurar quem seja atuante na comunidade”*.

Entretanto, alguns se queixaram (fortemente) de uma rivalidade implícita que atravessa as relações, não só entre os terapeutas, mas também com outros profissionais que lidam com a surdez. Esse aspecto é tomado como um grande desafio para quem está iniciando, pois exige bastante resiliência e determinação por parte do profissional. *“Há dificuldades por parte dos ouvintes que detêm o monopólio dos surdos”*. De acordo com um dos participantes, *“se cria um imaginário de roubo. A gente cria alguns fantasmas”*. Este acrescenta que há, entre as pessoas que trabalham com esse público, *“um receio porque tem gente que se apropria do que não é seu, das suas falas”*, referindo-se ao compartilhamento de experiências.

Outros entraves verbalizados dizem respeito à comunidade surda: *“se tu fazes parte da comunidade, não te procuram porque tu vais contar tudo para todo mundo. Se tu não fazes parte da comunidade, não te procuram porque tu não sabes o que é ser surdo”*. N5 salienta:

“o surdo tem que te validar na comunidade. É um processo de construção. Esse foi um investimento que eu tive que fazer bastante. A comunidade surda, assim como todas as minorias, é uma comunidade muito fechada. É muito difícil tu conseguir, do nada, te inserir ali. Por questões históricas até”.

4.4 A SOLIDÃO DE QUEM ESTÁ COMEÇANDO NESSE CAMPO DE TRABALHO

Outra queixa recorrente na fala dos participantes diz respeito à pouca quantidade de estudos publicados sobre o tema, assim como é limitado o número de terapeutas com experiência em surdez. “*É uma absoluta solidão*”. Não há troca, nem embasamento satisfatórios, deixando-os em muitos momentos a mercê de uma conduta mais intuitiva. “*Foi muito difícil se ver diante de uma falta de suporte teórico e uma carência de supervisor*”; “*eu fui em busca de material e vi que não tinha nada, então, tu partes do empírico*”; “*a gente vai aprendendo com a experiência e com o paciente*”. Dessa forma, consideram difícil saber se o que estão fazendo é adequado. “*A gente não tem com quem compartilhar muito, não se tem um parâmetro*”; “*tu vais criando*”. “*Winnicott me deu muitos subsídios*”, salientou um dos entrevistados, lembrando que, quando começou a trabalhar com surdos, “*o pouco de coisa que encontrava, naquela época, era na Psicanálise*”. Arriscam hipóteses sobre esse vão: “*a gente não quer ver a diferença e nossas próprias limitações*”; “*a língua e o preconceito colocam os profissionais no lugar de evitação*”; “*não tem como tu simplesmente fazeres um curso e esperar que vai conseguir. Tu tens que realmente te submeter a estar no meio. É mais difícil né?*”; “*é muito mais fácil tu adaptares a acessibilidade para outras deficiências — tu fazes uma rampa, põe um sinal sonoro — do que parar e aprender LIBRAS. Dá mais trabalho, demanda mais tempo*”.

Apesar da angústia anunciada, nenhum considerou indispensável que a supervisão seja com alguém que tenha contato com os surdos. Estimam que a prática é mais voltada para aspectos do supervisionado frente a um paciente em conflito, como qualquer outro. “*Os processos que vão ser identificados são próprios do sofrimento e desenvolvimento psíquico, como os ouvintes têm*”; “*faço supervisão com alguém que não atende surdos e supre as minhas demandas*”. Vale pontuar que nunca encontraram um supervisor com tal currículo. “*Não há supervisor com experiência com surdos e ponto*”. Apesar dessa afirmativa, verbalizaram ter de confrontar seus supervisores, eventualmente, pois nem sempre eles entendem todo o contexto de um sujeito surdo. “*Foi muito difícil fazê-la escutar o que eu estava dizendo. Muita gente fica surda porque não tem experiência*”. “*Eu ia contrariando o supervisor*”. “*Há uma marca de outra cultura que pode supor saber, e se supomos saber, temos um problema*”. “*Às vezes, o supervisor também vem com ideias pré-concebidas*”.

Além disso, ressaltam que “*o compartilhamento com colegas de profissão, às vezes, acaba ajudando muito mais do que a supervisão*”.

Quadro 3 - Categoria final Contextualização e subjetividade do paciente surdo

| Categorias iniciais | Categorias intermediárias | Categoria final |
|---|---|---|
| Características recorrentes nos sujeitos surdos | Os atravessamentos do meio ambiente na constituição da personalidade do surdo | Contextualização e subjetivação do paciente surdo |
| Influência do ambiente na constituição da personalidade da pessoa surda | | |
| A surdez é um trauma? | | |
| A influência do meio para a condição de traumático da surdez | | |
| Profissionais sem LIBRAS | | |
| Diagnósticos e orientações equivocadas | | |
| A fissura no narcisismo dos pais quanto ao bebê idealizado | Semblante familiar | |
| Equívocos familiares ao lidar com a surdez | | |
| A importância da rede de apoio no acolhimento e na orientação de pais de filhos com diagnóstico de surdez | | |

O segundo conjunto de categorias abrange aspectos que contextualizam e transpassam a subjetividade do paciente surdo.

4.5 OS ATRAVESSAMENTOS DO MEIO AMBIENTE NA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA DO SURDO

“A personalidade do surdo se forma, assim como a do ouvinte, com os recursos que ele tem”; “aspectos da personalidade são subjetivamente atravessados pelas experiências em função da língua, da rede de apoio, do estranho e da falta de sons”; “o surdo nasce estrangeiro na própria nação”. Essas falas vieram acompanhadas de reflexões que expõem um meio inacessível, carregado de preconceito e desinformação. Alguns relatos foram firmes ao denunciar que a deficiência e a maioria das dificuldades que a surdez enfrenta estão no ambiente, e não no surdo. *“A rede de apoio deficiente interfere na forma como o surdo vivencia a surdez”; “algumas crianças surdas não são inseridas numa língua em tempo hábil”; “o processo de aprendizagem deles, às vezes, começa mais tarde. Alguns são do interior, têm que*

trabalhar, abandonam os estudos. A acessibilidade é ruim. O assistencialismo é ruim”; “eles têm informações picadas”. Além disso, “acabam validando muitas coisas através da visão”, como descrito no trecho a seguir:

“[...] como é que a gente aprende em casa? A gente aprende porque a gente está brincando e o papai, a mamãe, estão conversando. Quando eles estão de bem, quando eles estão de mal. Se eles brigam, podem até fechar a porta do quarto, mas a gente ouve. Porque se tem som, a gente vai ouvir. Criança, ouve. Ou então, a criança está ali brincando e ouve a mamãe combinar com a vovó que no final de semana vão ir na vovó. A mamãe não disse ‘ah, nós vamos na vovó’. A criança ouviu. A criança surda está, literalmente, brincando naquele mundo. Se ninguém chamar e disser: ‘olha lá ó, passou o carro! Olha lá ó, o barulho da ambulância!’. Se tu não avisares e tu não chamares o surdo para o que está acontecendo, ele não vai conhecer o mundo. E essa é a diferença de um surdo e de um cego, por exemplo. O cego interage muito mais no social do que um surdo. Ele não enxerga com os olhos, mas ele está ligado em tudo o que está acontecendo. O surdo está ligado só quando ele está olhando. Se ele não está olhando, ele consegue desligar. O cego não desliga. Então, essas diferenças não caracterizam a surdez em si, mas esse sujeito que tem essa perda. Ela faz com que ele perca todas essas conexões com o que é do auditivo, que é a gama das informações. A gente acha que as informações são visuais. O mundo é visual, mas os conceitos não são visuais. O conceito é auditivo.”

Não obstante, N3 destacou:

“(...) a falta da escuta da voz da mãe, na constituição subjetiva, tem um efeito. Ela tem um efeito de impedimento, de um obstáculo. O bebê que não escuta a voz da mãe desde o nascimento perde alguma coisa. Ele tem esse obstáculo na sua constituição subjetiva. Ele pode ficar em período de autismo por mais tempo, porque a criança ouve antes de enxergar. O que a tira do si mesmo é a voz. A mãe convoca, primeiro, pela voz. Depois, pelo olhar. Os barulhos e efeitos, a criança perde isso.”

A maioria afere que *“a surdez só é traumática se é perdida”*; *“os que não nasceram surdos têm mais dificuldades de lidar com isso”*, caso contrário, *“não se sentem perdendo algo”*. Entretanto, N3 destaca *“que não quer dizer que a criança, quando se percebe diferente, não tenha que elaborar”*. A condição de trauma é vista como faceta *“da subjetividade do indivíduo”* e como uma consequência, sobretudo de *“como isso vai ser tratado com a criança”*. N5 defende:

“pode ser um trauma para pessoas que perderam a audição, no sentido de não se aceitarem com a nova condição e no sentido da família não aceitar essa nova condição. Para pessoas que nascem surdas, pode ser um trauma dependendo de como isso é tratado. Muitos surdos verbalizam o sofrimento porque foram descobrir a LIBRAS com 16 anos de idade. Antes, a família os obrigava a ir na fono, a falar. Coisa que causa um trauma muito grande”.

Profissionais — principalmente da área médica — sem LIBRAS e despreparados para lidar com a diferença também foram citados como um problema social que afeta diretamente a

subjetividade do surdo. Foi afirmado que “o médico já sugere o implante. Nunca é estimulando a busca pela cultura e pela língua”. Na área de saúde mental, contestaram a atuação de psiquiatras que fizeram diagnósticos equivocados, por falta de compreensão sobre o universo surdo:

“Eu tive um caso de um surdo que foi hospitalizado na ala psiquiátrica e contido, porque quando ele foi se comunicar na emergência, entenderam que o português dele estava desconexo. Disseram que ele ficou agressivo. Não! Ele estava tentando se expressar. Ele apenas se exaltou, porque ninguém entendia ele e acabou esbarrando numa pessoa. Acharam que era agressão.”

Outro exemplo:

“Ela chegou para mim com diagnóstico de bipolaridade e crises psicóticas. Um diagnóstico bem assustador! [...] ela estava tendo crises absurdas, mas muito decorrente do fato de não estar sendo ouvida, de não conseguir se comunicar, se expressar. A medida em que o tratamento foi avançando, os sintomas dela foram diminuindo. Daí eu fiz um laudo, questionando o diagnóstico de bipolaridade, porque para mim era um problema de comunicação.”

Algumas características, como o pensamento concreto e o imediatismo, foram aludidas mais de uma vez como comuns à pessoa surda. Abaixo, algumas passagens sobre essas constatações:

“[...] são mais diretos e sem noção do que os ouvintes”
“O surdo tem um funcionamento mais concreto”
“[...] os surdos têm uma questão de imediatismo, mas eu diria que isso não é por ser surdo, mas muito por ser uma questão visual e de falta de registro de que as coisas podem aguardar. Isso tem que ser ensinado. Então assim: ‘calma minha filha, já vai passar, amanhã já vai passar. Não precisa ser tudo agora’. Isso a gente aprende. Ninguém diz isso para um surdo. Ninguém faz essa marca para ele, para a criança surda. Por exemplo: essa questão da criança irritada. Eu tinha um paciente, era um menino surdo que tinha fissura lábio palatino. Era o filho mais velho e tinha mais três irmãos. Ele era um menino muito bonito, mas ele tinha a marca da fissura. E os irmãos eram lindos. A mãe com aqueles 4 filhos, enlouquecida, dizia: ‘porque o fulaninho não para!’. Ele veio indicado pela escola, pois o menino estava muito agressivo. E aí, conversando com essa mãe, ela dizia que: ‘ah, porque esse guri sempre tem chilique’. Eu perguntei: ‘como é esse chilique, me conta um pouco?’. Ela disse: ‘porque na hora de ir embora ele nunca quer ir’. Eu: ‘Tá, o que tu faz com os outros quando tu vai embora?’. E ela: ‘Eu digo, vou me embora’. ‘Tá, e tu diz que vai embora quando tu estás levantando para ir embora, ou tu avisa que daqui a pouco vai embora?’. Ela respondeu: ‘Eu aviso’. E eu: ‘Tu avisa o fulaninho que está lá brincando, é surdo e não ouviu que daqui a pouco nós vamos embora?’. Aí, ela parou, me olhou e eu disse: ‘pois é, a gente precisa de um tempo para se preparar’. As crianças também precisam de um tempo para se preparar, que a brincadeira vai acabar.”

4.6 SEMBLANTE FAMILIAR

O entendimento de que os pais sofrem um impacto no narcisismo quando descobrem a surdez do filho, é geral. *“Há uma fissura na relação familiar quando o surdo não vai ao encontro do bebê idealizado”*; *“os pais ficam muito angustiados”*. Todos concordam que *“os pais têm que elaborar o luto da criança perfeita”*. No entanto, apesar dessa compreensão, alguns entrevistados revelaram incômodo com determinadas famílias e seus equívocos ao lidar com o surdo. Ora o núcleo aparece como resistente à condição, ora aparece como desprovido de um bom respaldo e orientação. Abaixo, algumas colocações que indicam esses contrapontos:

“Muitas famílias não se dispõem a aprender a língua de sinais”;
“Muitos pais emudecem com o filho surdo”;
“Falava demais, na angústia que o filho saísse da mudez”;
“As famílias o tratam como um incapaz”;
“As famílias e a sociedade em geral devem entender que surdez não é doença, é uma limitação”;
“A família quer se meter muito. Tu percebe que vem aquele fantasma da dependência”;
“A mãe do surdo fala por ele porque ele precisa da mãe até muito tarde para fazer a mediação”;
“Tem mãe abusadora que se aproveita da surdez do filho para abusar do filho”.

Num outro pólo, alguns entrevistados ponderam:

“A gente não pode culpabilizar os pais, pois ficam muito afetados pelas questões narcísicas”;
“Nem a gente que estuda está preparado para lidar com deficiência, imagina eles que não tem informação alguma”;
“Muitas vezes, não é que as famílias não querem, mas elas não têm estímulo e apoio”;
“Às vezes, falta é empatia do profissional com os pais”;

Juntamente a esses diferentes pontos de vista, é salientada a necessidade de se desenvolverem mais trabalhos direcionados aos pais, sobretudo quando estes recebem o diagnóstico do filho. *“O social é muito importante para ajudar as famílias a lidar com as falhas narcísicas e com os filhos”*. N4 pontua que *“tem pouco trabalho sobre os pais. Especialmente pais ouvintes que nunca ouviram falar de uma criança surda. Falta acolhimento e poder entender o que eles estão sentindo”*.

Quadro 4 - Categoria final *Clínica psicanalítica com pacientes surdos: aspectos e adaptações técnicas da prática*

| Categorias iniciais | Categorias intermediárias | Categoria final |
|--|--|---|
| Alterações no <i>setting</i> | Ajustamento do <i>setting</i> : uma reorganização no consultório e no profissional | Abordagem psicanalítica com pacientes surdos: aspectos e adaptações técnicas da prática |
| Intérprete na sessão? | | |
| WhatsApp e Skype para marcar consulta | | |
| Um contrato mais detalhado | Algumas diferenças entre a clínica com pessoas surdas e ouvintes | |
| Diferentes experiências com longo prazo | | |
| Contrapontos sobre o valor da sessão | | |
| O inconsciente é o mesmo | A escuta por outras vias: o corpo fala | |
| O domínio da LIBRAS para sustentar a atenção flutuante | | |
| A percepção do paciente por meio das expressões | | |
| Comunicação, tristeza, solidão, entre outros, bem como os ouvintes | "Conflitos todo mundo tem": motivação para buscar tratamento | |
| Diferentes percepções sobre a transferência | Considerações sobre a psicodinâmica de pacientes surdos | |
| Uma ressalva sobre a contratransferência | | |
| As defesas são as mesmas, a escolha é subjetiva | | |
| Ato falho, uma questão linguística | | |
| O entendimento é psicanalítico, a técnica é outra | Ampliação do entendimento teórico e ajustes nas intervenções: a Psicanálise é para todos | |
| Ampliar a teoria e aprender LIBRAS | | |
| Nova teoria seria segregação | | |
| Adaptar a prática | | |
| Intervenção mais pedagógica | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| A relação terapêutica autoriza a surdez | | |
| Tripé | | |
| Sem preconceito | O psicoterapeuta de pacientes surdos | |
| Autocrítica | | |
| Suportar o silêncio | | |
| Tolerância a frustração | | |
| Paixão | | |

O último quadro apresenta elementos que contemplam o foco principal do estudo. Os tópicos são pertinentes à discussão sobre a intervenção clínica com pacientes surdos. Confirma a hipótese de que há alterações a serem feitas no *setting*, inerentes à condição da surdez, bem como propõe a Psicanálise como uma abordagem acessível a qualquer sujeito.

4.7 AJUSTAMENTO DO *SETTING*: UMA REORGANIZAÇÃO NO CONSULTÓRIO E NO PROFISSIONAL

Há alterações no *setting* e, considerando que este diz respeito não apenas ao ambiente físico, o principal ajustamento acontece no profissional. “*As adaptações foram muito mais internas do que algo burocrático e administrativo*”; “*a adaptação foi do profissional em buscar a fluência da língua*”. Aprender um novo idioma é a própria adequação. Esse recurso de comunicação garante a natureza dual da relação terapeuta/paciente. Como exclama N2: “*eu nunca usei intérprete! Até tem gente que se presta a utilizar um intérprete durante o atendimento, mas é complicado né?*”.

A tecnologia é vista como uma nova integrante desse campo, permitindo que o paciente busque o tratamento por ele mesmo e garantindo mais acesso ao terapeuta. N5 ressalta que “*a gente está num processo de mudança entre a dependência e a autonomia desses sujeitos*”. N4 complementa dizendo que “*o WhatsApp ajudou muito*” para essa questão. Nenhum deles vê diferença entre surdos e ouvintes na hora de buscar ajuda. “*Hoje, com a questão da facilidade do contato direto, muitos surdos nos procuram por eles mesmos*”; “*entram em contato pelo WhatsApp e pelo Skype*”.

Também foi recomendada a utilização de algumas ferramentas durante os atendimentos. *“Sempre deixei um papel, caneta e lápis. Uma facilitação quando já era uma pessoa que lia e escrevia”*. Mais adiante, N4 acrescenta: *“tens que flexibilizar o setting e usar outras formas de contato com a pessoa”*

No caso dos psicanalistas entrevistados, estes lembraram a impossibilidade de usar o divã:

“Eu não estando no campo da visão, eu posso olhar para qualquer lado e, ainda assim, ouvir o que o paciente está dizendo. Posso fechar os olhos, sei lá, fazer qualquer coisa e, ainda assim, estar tomado pela música do paciente. Agora, com o surdo não tem como eu desviar o olhar. Porque, se eu desvio o olhar, literalmente, eu perco o que está sendo dito.”

A utilização de cortinas nas janelas da sala de atendimento, apareceu como alternativa para preservar o sigilo, pois impede que se enxergue o que é sinalizado dentro da sala. Combinações com o paciente sobre avisar por mensagem quando chega à sessão ou a existência de um sinal de luz na sala de espera também foram apontados como possíveis adaptações.

4.8 ALGUMAS DIFERENÇAS ENTRE A CLÍNICA COM SURDOS E A CLÍNICA COM OUVINTES

Essa categoria reúne alguns contrapontos. Apesar de uma das participantes ter assinalado que não consegue ver grandes diferenças *“a não ser a questão linguística”*, as demais colocações acabaram por evidenciar variações entre a clínica com surdos e a clínica com ouvintes — a começar pelo contrato inicial, que *“acaba sendo muito mais detalhado com o paciente surdo porque ele, geralmente, não tem nenhuma informação do que é psicoterapia. E esse contrato precisa ser revisto algumas vezes”*. Também foi referido por N3 que *“independentemente da idade do sujeito, na maioria dos casos, é feito contato com o responsável antes”*. Acredita que *“vai depender da transferência com os pais a possibilidade de tratamento”*.

Além disso, a questão monetária parece dividir opiniões. Enquanto uns defendem que se deve *“fazer um valor acessível somente se percebemos que a pessoa precisa e não tem condições”*, outros são objetivos ao afirmar que *“a maioria tu tens que flexibilizar”*; *“a maioria deles não tem condições de manter um atendimento com o valor real da Psicanálise”*. N6 justifica: *“a realidade econômica deles não é muito favorável. Tem que ser feita uma adaptação. Não é resistência, não é porque eles não querem. É porque eles não têm dinheiro”*

para manter". Logo depois, observa que *"alguns surdos não têm formação, nem trabalhos com uma remuneração boa. Daí a gente volta com a realidade do mercado de trabalho: eles acabam mantendo empregos com salários menores. São poucos os surdos que têm uma qualificação, têm um salário melhor"*.

Sobre a permanência dos surdos num tratamento de longo prazo, acreditam que é uma questão subjetiva. Contudo, nem todos os participantes puderam assegurar uma resposta. Defendem que os pacientes que não ficam em tratamento *"não é por causa da surdez"*; *"é uma questão de vínculo com o profissional"* ou *"do sujeito com falta de informação"*. Um deles refere que *"poucos pacientes ficaram muitos anos em análise"*; outro compara, dizendo que *"adolescentes não ficam, adultos sim"*. Todavia, N5 julga que *"eles aderem, desde que os tratamentos estejam acessíveis"*.

Também foi pincelado que, com pacientes surdos, *"a sessão é mais cansativa, porque tu tens que ficar prestando mais atenção"*. Não obstante, por conta da sua condição, esse público específico tende a trazer dúvidas inusitadas: *"coisas que os ouvintes jamais te perguntariam, o surdo pergunta. Uma vez um me perguntou se mosquito fazia barulho, por exemplo"*.

4.9 A ESCUTA POR OUTRAS VIAS: O CORPO FALA

Não houve nenhuma objeção no que diz respeito à viabilidade da escuta analítica de um paciente surdo. Os entrevistados assinalaram que *"exige uma atenção mais focada"*, em função da fala sinalizada, mas sobretudo junto a *"pacientes com a língua estruturada, é muito semelhante à de ouvintes"*. Foi lembrado que, na Psicanálise, captar o inconsciente do outro *"vai além do que é falado"*; *"você não precisa falar para ter linguagem"*; e *"a escuta não é só ouvir, é como você vai percebendo o paciente"*. *"O corpo fala, a expressão facial fala"*. Um dos entrevistados só alerta para a necessidade de *"ampliar a escuta para nuances da realidade social do surdo, além do discurso narrado"*.

A valia da fluência em LIBRAS foi reforçada, pensando também na capacidade de sustentar uma atenção flutuante. *"É muito importante o domínio da língua para ver a pessoa sinalizando e entender o que ela quer dizer. Parar e perguntar sobre o sinal pode acabar levando para outro caminho"*. *"A atenção flutuante sofre uma perda importante se ficarmos preocupados em validar o atendimento"*. Esse entrave *"interfere especialmente no início, se você não tem fluência e prática"*. Entretanto, mesmo concordando que é possível a escuta

psicanalítica com pessoas surdas, uma declaração afirmou que *“não dá para ter uma atenção flutuante porque tu te perdes”*.

4.10 "CONFLITOS TODO MUNDO TEM": MOTIVAÇÃO PARA A BUSCA DE TRATAMENTO

A motivação para buscar tratamento é percebida como semelhante para surdos e ouvintes. Logo, é enfatizado que *“o sofrimento deles não é por não ouvir”*. Contudo, algumas dores podem ser recorrentes da dificuldade de comunicação. *“Por não encontrar alguém que fale a língua, sentem solidão”*. Dessa forma, esse obstáculo e outros empecilhos sociais podem provocar *“uma dificuldade de adaptação. De maneira geral, por se sentirem estranhos”*. Além disso, problemas de relacionamento, bem como sentimentos de tristeza e *“depressão, por decorrência de melancolia”* foram citados como motivos frequentes. Convém destacar a advertência feita para o fato de que, não raro, os surdos têm dificuldades para compreender os sentimentos. Por vezes, *“eles estão só tristes, mas acham que é depressão”*.

4.11 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICODINÂMICA DOS PACIENTES SURDOS

Apareceram diferentes percepções sobre transferência. Enquanto um considera que *“com jovens e adultos a dificuldade de transferência é muito grande, por ser ouvinte”*, outro diz que *“o paciente estabeleceu uma transferência e contratransferência muito rápidos, no sentido de ele estar gritando por ajuda”*. Um dos entrevistados afirma que *“é mais forte, pela relação de confiança com um profissional que utiliza a sua língua”*, ao passo que um quarto entrevistado declara que *“a transferência é algo da neurose infantil. Não tem diferença”*. Enfim, *“a transferência vai acontecendo”*.

Algumas ressalvas foram feitas com relação à contratransferência. Primeiramente, *“apesar dos pesares, são pessoas com deficiência. Isso precisa de uma desconstrução muito forte”*. *“Então, são coisas que tu tens que estar muito preparado. Tem que ter um terapeuta te segurando muito por trás. Vem um material que mexe muito contigo também”*.

Sobre as defesas, foi dito que *“eles têm todas as defesas que nós, sujeitos, temos”*; *“a escolha é subjetiva”*. A negação e a projeção foram referidas repetidas vezes, como mostram as passagens a seguir: *“como você vai aceitar a deficiência se você nega ela?”*; *“a projeção acontece, por falta de retorno para reflexões”*; *“tem coisas que eles jogam para um mundo paralelo”*.

A pergunta sobre *ato falho* surpreendeu alguns entrevistados, que afirmaram nunca terem pensado (ou mesmo observado) a respeito. “*Atos falhos! Eu nunca pensei sobre isso*”. Outros referiram ter se deparado com alguns lapsos de seus pacientes, mas também foi salientado que “*é difícil tu identificar um ato falho da língua, porque tu tens que pensar a questão do movimento em todos os aspectos. Morfologia, sintaxe*”. Além disso, pode ser um “*ato falho de uma língua em relação a outra*” ou “*o que acontece, às vezes, é o emprego de uma palavra que em português quer dizer uma coisa, eles usam para outra. Aí, eles usam no contexto errado. Tem palavras que têm vários sentidos e, às vezes, eles acabam usando num sentido que não é*”.

4.12 AMPLIAÇÃO DO ENTENDIMENTO TEÓRICO E AJUSTES NAS INTERVENÇÕES: A PSICANÁLISE É PARA TODOS

“*Não seria algo de alterar a teoria, mas de ampliar o conhecimento teórico*”. Essa verbalização representa o pensamento de todos os entrevistados, quando questionados se seria necessário o desenvolvimento de uma nova psicologia e/ou Psicanálise para falar de surdez. “*Isso seria segregação!*”, alguns revidaram de forma calorosa. “*Tem que ter profissionais que saibam LIBRAS e não uma nova teoria*”. “*O surdo é um sujeito com problema de desenvolvimento, com lesão orgânica, mas é um ser humano. A teoria psicanalítica tem que dar conta dele*”. “*Tem que observar o sujeito, as limitações sociais e entender a partir daí*”. Entretanto, concordam com a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos. “*Falta experiência e gente que escreva*”. N3 se queixa: “*tenho a sensação de que o tema não evolui*”. N6 também assinala que “*não precisa de nada específico, mas adaptar testes e a prática*”.

De acordo com os participantes, “*tu usa suporte psicanalítico, a compreensão, mas a técnica é outra*”. Um deles salienta que “*o trabalho é com Psicanálise, mas, às vezes, a gente tem que atuar com uma psicologia mais psicoeducadora*”. “*Falando, explicando, conversando*”.

N2 declara que se “*faz uma coisa mais pedagógica, mais de etapas da construção do pensamento. Muitas vezes, tu tens que trabalhar o conceito primeiro, pois há uma inexistência de conhecimento*”. Ademais, afirma que “*o papel do terapeuta é oferecer e oportunizar um espaço de criação desse conhecimento*”.

Seguindo essa dinâmica mais ativa, N6 refere:

“como o surdo, às vezes, tem um funcionamento mais concreto, tem que checar. A nossa língua materna é o português, então quando a gente vai fazer alguma intervenção, a gente pensa dentro da nossa lógica. E, às vezes, não funciona muito a nossa lógica na devolução com o surdo. Tu tens que ter certeza que ele entendeu da forma que tu quis colocar. Porque, às vezes, eles fazem uma interpretação. E aí, a gente tem outro problema. Eu sempre checo. Eu peço para ele repetir o que entendeu. Eu preciso ter certeza que é o que eu disse”.

Em meio a esse diálogo, o tripé proposto por Freud evidenciou-se como base fundamental para os participantes. *“É importante análise, supervisão e estudos”*; *“quanto mais a gente conhecer a técnica psicanalítica, mais a gente terá condições de adaptá-la”*. Por se tratar de uma prática em construção, N2 afirma que o profissional *“vai se dar por conta dos erros na supervisão”*. De acordo com N5, *“ou a gente busca supervisão e análise, ou não tem como”*. Para encerrar, N3 garante: *“Tem grandes resultados!”*

4.13 O PSICOTERAPEUTA DE PACIENTES SURDOS

Nesse item, os entrevistados descrevem características que julgam importantes ao profissional que se dispõe a atender pacientes surdos. A seguir estão as suas recomendações:

“O profissional tem que estar aberto ao estrangeiro e suas demandas”;
“Tem que ter a capacidade de enxergar o sujeito por trás da deficiência”;
“Tem que suportar o silêncio”;
“Tem que ter cuidado com o uso do sinal. Ter autocrítica”;
“Não pode ter pré-conceitos sobre a fala do outro”.
“Tem que entender as capacidades daquele paciente e não vê-lo como a maioria da sociedade vê: o coitadinho”;
“Ter tolerância à frustração e humildade para reconhecer que não sabe”;
“Paixão”.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De maneira geral, os participantes verbalizaram experiências e opiniões que correspondem aos dados encontrados na literatura, expostos no início dessa escrita. No entanto, por conta dos objetivos específicos da investigação, novas informações foram apresentadas, convidando a uma retomada na bibliografia.

A primeira questão a ser destacada é a recomendação do uso da LIBRAS. Jodar (2012), em concordância com os entrevistados, salienta que saber o idioma é um respeito à condição subjetiva do sujeito surdo. Através da língua, é possível que o inconsciente emergja. A autora refere que os sinais são uma via de expressão de elementos que transmitem emoções, ideias e pensamentos. Dessa forma, favorece o canal de comunicação e a escuta psicanalítica, facilitando a compreensão da problemática em questão. Ela acrescenta:

A sessão em língua de sinais permite ir além da comunicação. É possível descobrir frases particulares da comunidade surda na língua de sinais e, assim, encontrar significantes para o prosseguimento do trabalho analítico. O que é apresentado, atualizado e inconscientemente repetido. (JODAR, 2012, p. 8)

No entanto, infelizmente, a LIBRAS ainda é bastante desvalorizada, não só pela família e pela sociedade, mas também por quem atua na área da saúde. Dizeu e Caporali (2005) afirmam que a língua é tratada por diversos profissionais como uma válvula de escape àqueles que falharam ao tentar a comunicação oral. Por desconhecimento, ignoram o fato de que os sinais funcionam como a palavra falada. Eles possuem mecanismos morfológicos, semânticos e sintáticos que permitem ao surdo expressar desejos e sentimentos, além de regular as suas relações, permitindo um desenvolvimento pleno, da mesma forma que os ouvintes (DIZEU; CAPORALLI, 2005; SACKS, 1998; SILVA, 2003). Estruturar o discurso possibilita a estruturação do pensamento. Quando a capacidade para a comunicação é reduzida, várias áreas do desenvolvimento ficam comprometidas. Por falta de acesso à língua de sinais, muitos surdos crescem com um desempenho atravancado (BISOL; SIMIONI; SPERB, 2008; DIZEU; CAPORALLI, 2005). Portanto, a LIBRAS deve ser respeitada.

A imersão na cultura surda evidenciou-se como vital para o trabalho do psicoterapeuta. De acordo com Silva (2010), o sujeito é estruturado pelas representações sociais da comunidade à qual pertence. Portanto, parece difícil escutar as demandas singulares do paciente, sem estar familiarizado com o âmbito plural. Buscar espaços nos quais se possa ampliar o entendimento sobre o contexto dos surdos é fundamental.

Contudo, os entrevistados destacaram que, para se infiltrar nesse universo de minoria, é preciso estar atento à delimitação de papéis. A conduta de acompanhar pacientes em consultas médicas apareceu como uma peculiaridade frente à recomendação de neutralidade e abstinência de Freud (1912), citadas anteriormente. Será que tal intervenção rompe com os pressupostos da Psicoterapia Psicanalítica? Ou pode ser considerada uma adaptação da prática, visto que esse público demanda novas estratégias para que o profissional acolha e trabalhe a sua verdade?

Apesar de todos terem afirmado não haver necessidade de um supervisor com experiência em surdos, algumas declarações sobre confronto de ideias e busca por amparo entre colegas indicam que essa questão é passível de discussão, sobretudo porque nunca tiveram a possibilidade de fazer essa troca com alguém que entenda do assunto. Se pensarmos que, para atender um surdo, é necessário mergulhar na sua cultura, vale questionar se, para supervisionar um caso com surdez, seria diferente.

Os indivíduos sem a faculdade da audição crescem com atravessamentos, sobretudo ambientais, que não definem a surdez, mas acarretam marcas específicas na subjetividade. De acordo com Marzolla (2012), a falta do aparato auditivo acarreta limitações que atrapalham a adaptação da criança e atuam no seu desenvolvimento. Jodar (2012) salienta que o termo *surdo* “marca uma noção, um sentido, de acordo com significados linguísticos, históricos, políticos, pedagógicos, psicológicos, sociais e culturais” (p.4). Além disso, Marzolla (2012) pontua que a psiquê da criança surda decorre de uma série de fatores, como época da incidência, época de detecção, a etiologia da deficiência, a subjetividade dos pais, a relação do casal, a presença de irmãos, entre outros. Esses aspectos nem sempre são reconhecidos na generalização muitas vezes presente no discurso médico e/ou ouvintista.

Características como “concretos” e “imediatistas” foram citadas como recorrentes ao funcionamento dos pacientes. Marzolla (2012) refere que o pensamento pautado na visão e em outros sentidos, que não a audição, pode desencadear um raciocínio mais objetivo. Solé (2005) salienta que, muitas vezes, a visão não é capaz de substituir a falta de audição (somada aos problemas ambientais), podendo gerar entraves na constituição subjetiva. Contudo, os estereótipos são duramente criticados por Perlin (2005), o qual coloca que o “lugar comum” da rotulação frequentemente oferecida aos surdos não os acolhe, mas sim os imobiliza numa composição distorcida e inconveniente. Silva (2003) complementa dizendo que as pessoas, de forma geral, tendem a relacionar certas características como algo intrínseco à surdez, eximindo a participação fracassada dos métodos de educação.

Na mesma proporção, há um conflito no que compete à categorização da surdez. Alguns autores e entrevistados defendem que se trata de uma diferença, e não uma deficiência. Alegam

que o estigma de deficiente se instaura pela marginalização do surdo, que não é visto perante a sociedade como sujeito de direitos e deveres. Na maioria das vezes, ele é reconhecido pela sua falta, entendida como incapacidade (DIZEU; CAPORALLI, 2005; PERLIN, 2005). Porém, Jodar (2012) relata que o próprio surdo pode acabar se sentindo defeituoso. Por decretos e preconceitos instaurados inconscientemente, percebe-se inapto no quesito social e intelectual.

Em meio a essas observações, a amostra julgou serem responsáveis do meio, principalmente, os obstáculos enfrentados pelas pessoas surdas. Independentemente se a surdez é congênita ou adquirida, consideram que ela é bastante impactada pelo despreparo da sociedade em lidar com a diferença. Segundo Dizeu e Caporali (2005):

A nossa sociedade não está preparada para receber o indivíduo surdo, não lhe oferecendo condições para que se desenvolva e consolide sua linguagem. Sendo assim, podemos depreciar relatos que afirmam ser a surdez causadora de limitações cognitivas e afetivas, pois a verdadeira limitação está nas condições oferecidas a esse sujeito surdo. (DIZEU; CAPORALLI, 2005, p. 587)

A principal queixa foi direcionada aos profissionais da área médica. Primeiramente, há uma tendência a conduzir ao uso de implantes e aparelhos, tanto quanto ao treino intensivo da fala — recursos que não garantem um exímio desempenho da oralização, nem a integração social. Raramente a LIBRAS é indicada por quem diagnostica a surdez (DIZEU; CAPORALLI, 2005). Bisol et al. (2008) mencionam que, por não estarem cientes dos aspectos que englobam a surdez, muitos “especialistas” acabam patologizando a forma de comunicação dos surdos. Esse distanciamento leigo condiciona equívocos nos diagnósticos. Os processos de avaliação ficam prejudicados, em função do desconhecimento da língua, perturbando o vínculo médico/paciente. Nesse sentido, vale lembrar que um dos participantes sugeriu a adaptação de testes; os autores também afirmam que “a avaliação de sintomas psiquiátricos fica comprometida na medida em que muitos procedimentos de avaliação são verbais e foram padronizados para indivíduos ouvintes”.

Essa problemática torna-se um agravante na interação do surdo com os seus familiares. Segundo Perlin (2005), por não terem muitas informações, os pais aceitam a opinião de médicos e fonoaudiólogos sem questionar. Dizeu e Caporali (2005) lamentam:

Se os pais recebessem orientações adequadas quanto à importância da LIBRAS para o desenvolvimento da criança, sobre as possibilidades que essa língua oferece para a criança se comunicar com eles de forma clara, contar-lhes sobre suas brincadeiras, aprender seus ensinamentos e adquirir conhecimento, com certeza seriam poupados dessa criança e de seus transtornos e prejuízos, e principalmente os problemas emocionais a que estes são submetidos. (DIZEU; CAPORALLI, 2005, p. 591)

Sem um suporte familiar consistente, o pequeno fica à mercê de muitas frustrações. De acordo com Bisol et al. (2008), o estágio em que se confirma a surdez é muito delicado. A partir desse momento, ocorrerão alterações — conscientes e inconscientes — na troca entre mãe e filho. O período é considerado perigoso, uma vez que geralmente é caracterizado por hospitalizações, condutas reabilitadoras e a inevitável desilusão dos pais. Marzolla (2012) ainda pontua que a condição da criança propicia a intensificação de alguns tipos de funcionamento familiar, como a simbiose. Também retoma a questão dos pais que emudecem diante daquele que não ouve e adverte para um possível sentimentalismo exacerbado, provocado pela negação do ódio frente ao filho surdo.

A mesma autora salienta que os familiares precisam se reorganizar internamente, pois emergem muitas angústias frente à situação. Enquanto ouvintes, ficam desamparados por “não encontrar uma possibilidade de identificação” (MARZOLLA, 2012). Assim, fantasias e projeções sobre o futuro do herdeiro ficam bloqueadas, impedindo que um satisfatório investimento narcísico libidinal aconteça. A adaptação afetiva e a autoimagem da criança serão reflexos da forma como os genitores vão estabelecer o luto do filho perfeito. É pertinente destacar que pais surdos costumam demonstrar melhor aceitação e capacidade de manejo quando recebem a notícia (SILVA, 2003).

Marzolla (2012) atenta para a importância do desenvolvimento de trabalhos voltados à escuta da família, sobretudo dos pais. Refere que muitos profissionais ignoram a ferida que se abre em meio ao núcleo parental e indica a necessidade de um psicólogo junto às equipes que trabalham com pessoas com deficiência. Afirma ainda que é essencial oferecer uma escuta que possa produzir transformações, bem como a ampliação do significado da deficiência auditiva. De acordo com a autora:

O trabalho com os pais de uma criança com surdez tem uma importância basilar por possibilitar que eles saiam da situação de enxergar somente os impedimentos impostos pela deficiência: que resgatem seu amor próprio e, portanto, o prazer proibido para si mesmos. Possibilita a ressignificação materna e paterna, o que é fundamental para a construção da subjetividade da criança. (MARZOLLA, 2012, p. 33)

A respeito da clínica com pacientes surdos, além da aquisição da língua de sinais, outras ferramentas também foram mencionadas como novidades no *setting* terapêutico. Um exemplo é o de que papel e caneta são utilizados como facilitadores na intervenção. Jodar (2012) propõe que recursos visuais (desenhos, diagramas, imagens) favorecem a criatividade analítica na hora de fazer a intervenção. Dessa forma, o psicoterapeuta pode traduzir o seu discurso, ampliando as possibilidades de compreensão do paciente. A tecnologia também foi citada como um

dispositivo que favorece a comunicação com os surdos. Atualmente, ela está presente em diversos cenários terapêuticos e, para esse público, representa um avanço na autonomia. Como contribui um entrevistado: “*por muitos anos a comunidade dependeu da participação de terceiros para a marcação de consultas, entre outras coisas*”.

Uma especificidade se apresentou quando foi lembrado que pacientes surdos solicitam do terapeuta, muitas vezes, respostas mais objetivas — como o exemplo mencionado por um dos participantes: “*mosquito faz barulho?*”. Jodar (2012) afirma que esse tipo de pergunta acontece por uma necessidade de informação real, uma troca entre a língua oral e os sinais. A autora defende que a explicação favorece o vínculo, pois gera confiança à medida que cria uma conexão com o universo da audição. Além disso, é uma forma de auxiliar o paciente a expandir o seu vocabulário, ampliando as possibilidades de alcançar o seu inconsciente, assim como de se conhecer. Surgem daí novos sentidos, que poderão dar significado ao sofrimento.

A escuta como função principal do psicoterapeuta vai ocorrer pela audição e por outras vias. Aqui cabe a reflexão de que ouvir acontece pelo canal auditivo, ao passo que escutar procede da forma como o paciente é percebido em seus gestos e palavras. Como recomenda Jodar (2012), o profissional deve escutar com os olhos. Em outro artigo, a autora acrescenta que, frente à dificuldade auditiva, o indivíduo utiliza-se da expressão do rosto, da disposição e do movimento das mãos, bem como do corpo, para se comunicar (JODAR, 2013). Também se destaca a importância de conhecer os fatores ligados à surdez, sejam eles biológicos, psicológicos, intelectuais, familiares (se os pais também são surdos, que tipo de orientação receberam, efeitos da surdez no casal parental), linguísticos, educacionais e sociais (JODAR, 2012; MARZOLLA, 2012). Ademais, Jodar (2012) enfatiza que “a escuta do surdo em um quadro psicanalítico visa prestar atenção à sua singularidade psíquica, para além do sentido do discurso da surdez e da deficiência” (p.10).

Agora, sabendo que a captação do significado psíquico oculto do paciente ocorre por meio da atenção flutuante do terapeuta, seria possível sustentar um tratamento analítico com uma língua que exige mais concentração? Ou ainda, a psicoterapia acontece frente à afirmação de que não é viável manter uma atenção flutuante? Vale lembrar que esse dispositivo de escuta é a contrapartida da regra fundamental da Psicanálise: a associação livre de ideias.

Nas entrevistas, foi esclarecido que a motivação para a busca de tratamento é semelhante entre surdos e ouvintes. Jodar (2012) concorda com os participantes, ao afirmar que ninguém se consulta porque não ouve, mas por diversos fatores que podem, ou não, estar associados à surdez. Além dos motivos já citados na apresentação dos resultados, é comum, quando a surdez não está devidamente elaborada, o paciente apresentar entraves na capacidade de socialização,

levando-o ao isolamento (JODAR, 2013). Ainda, as intervenções também poderão ser direcionadas a questões de imagem corporal, autoestima, sentimentos persecutórios e mecanismos projetivos (JODAR, 2006).

Ao que se refere à psicodinâmica dos pacientes, os processos de transferência e contratransferência merecem atenção. A primeira é percebida de diferentes formas: mais rápida, mais difícil ou “vai acontecendo”. De acordo com Tyson e Eizirik (2005), é difícil o profissional ter certeza de quando a transferência acontece pela primeira vez. Normalmente, quando é percebida, ela já está atuando há algum tempo na relação. Contudo, independentemente da velocidade com que se instaura, é inerente ao processo terapêutico e um dispositivo importante para transformações psíquicas definitivas (FREUD, 1912; TYSON; EIZIRIK, 2005). Jodar (2013) memora que há casos em que acontece uma ruptura surdo/ouvinte nas relações familiares, despertando sentimentos negativos que são deslocados para a comunidade ouvinte em geral, incluindo o terapeuta. Essa separação é percebida — nas entrevistas — como um fator que dificulta a procura por tratamento. Seria ela também um obstáculo para a permanência em psicoterapias de longo prazo?

Com relação à contratransferência, foi destacada a importância de o profissional estar suficientemente confortável com relação à limitação auditiva daquele que acompanha. Marzolla (2012) ressalta que essa marca da falta pode mobilizar angústias ancoradas na ferida narcísica da castração dos profissionais. Para tanto, a autora recomenda que o terapeuta possa reconhecer os sentimentos e as defesas despertados, favorecendo uma atuação mais criativa, inclusive com os familiares. No intuito de dar conta das inquietações e assim conseguir uma desenvoltura construtiva — e empática — para com o paciente, o tripé freudiano (estudo, supervisão e análise pessoal) reafirma-se fundamental.

Por se ocupar de um campo atemporal que envolve elementos subjetivos de outra ordem, que não a do aqui e agora, do consciente e concreto, o entendimento psicanalítico compreende qualquer sujeito. No entanto, devido às particularidades inerentes à condição da surdez, evidencia-se a necessidade de ajustar a técnica, assim como conhecer a realidade social do surdo mais profundamente. A ideia de uma intervenção mais pedagógica é confirmada por Marzolla (2012), ao considerar que a postura do profissional tende a ser mais ativa, com assinalamentos, explicações ou confrontações, conforme o momento terapêutico. Entretanto, não abre mão de desenvolver mais detalhadamente a interpretação, sentindo mais certeza de estar sendo compreendido a respeito do que devolve ao paciente quanto à realidade emocional trazida para o *setting*.

Por fim, diante dos pontos discutidos e da certeza de transformações — externas e internas — às quais o psicoterapeuta deverá se submeter, supõe-se que a principal característica, entre aquelas consideradas pertinentes ao profissional, é a paixão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, sobretudo pela minha formação clínica e como pesquisadora, apresentou como plano de fundo os conceitos que sustentam a Psicoterapia Psicanalítica. Contudo, sendo alguns dos entrevistados psicanalistas, foi preciso fazer uma interlocução entre os saberes, considerando que ambos se debruçam sobre a mesma fundamentação teórica.

Algumas questões ficaram “em aberto” durante a discussão: seria necessário um supervisor com experiência em surdos? Acompanhar o paciente com surdez em consultas médicas, para fazer a interpretação dos sinais, rompe com a neutralidade? Ou seria uma adaptação pertinente à realidade de quem não ouve? Ser atendido por um profissional ouvinte pode influenciar a não permanência de um surdo num tratamento de longo prazo?

Essas e outras perguntas permeiam um campo novo, habitado pelo não saber. É complicado fazer determinadas afirmativas, sem o respaldo de uma pesquisa mais aprofundada sobre cada situação — inclusive, sobre as especificidades de diferentes faixas etárias. Diante dessa falta de respostas, parece coerente ponderar a humildade sugerida pela amostra, para atuar com cautela. Porventura, o que pode dar mais tranquilidade aos profissionais que operam com o embasamento psicanalítico e acolhem (ou pretendem acolher) as demandas de pacientes surdos é lembrar que a Psicanálise se propõe como ferramenta para lidar com o desconhecido. Logo, age com uma lacuna do conhecimento que, de um ponto de vista winnicottiano (WINNICOTT, 1975), favorece a criatividade. Esta última, como sabido, é fundamental para o trabalho analítico. Em concordância com Solé (2005), penso que tudo que desacomoda nosso lugar de certeza, pode ser o que nos movimenta.

A ideia de que é impossível manter uma atenção flutuante confronta uma das propostas centrais das técnicas psicanalíticas: a escuta livre. Dessa forma, parece inviável ao profissional intervir sem a sustentação desta. No entanto, enquanto a LIBRAS não está razoavelmente fluida para um intercâmbio natural entre terapeuta e paciente, é possível que a transferência/contratransferência, os atos falhos e a disposição corporal dos surdos possam contribuir para a captação do conteúdo latente.

Pode-se pensar que o *setting* terapêutico e a relação que ali se estabelece darão uma nova chance ao sujeito surdo de se reconhecer através do outro. Além da autorização linguística citada nas entrevistas, o terapeuta auxiliará o seu paciente na identificação e nomeação de sensações/sentimentos, ajudando-o a construir novos sentidos nas trocas com o mundo. Por meio de um ambiente suficientemente satisfatório (WINNICOTT; SANDLER, 2005), os afetos conseguem ser simbolizados, propiciando um (novo) destino para a carga emocional. Os

impulsos são capazes de se organizar, transformando-se em conhecimento. A forma como o surdo vai acomodar tais informações — e agir a partir delas — é o que pode ser entendido como subjetividade. Em essência, o tratamento é um lugar para subjetivar.

Para oferecer um espaço com potencial transformador, evidencia-se a necessidade de articular não apenas as adaptações técnicas com as reflexões teóricas, mas também um desejo genuíno para atuar com a surdez. Dominar a língua, a cultura e as novidades interventivas parece não dar conta, quando não há amor pelo campo. Compreender a surdez como um nicho de mercado pode ser frustrante para o psicoterapeuta, à medida que se depara com a realidade monetária da maioria dos surdos, bem como com a rivalidade entre os profissionais percebida pelos participantes. Ademais, a atuação junto à comunidade surda convida a uma disposição para ir além do conhecido e confortável, seja por meio da LIBRAS, de um curso de teatro ou aproveitando as redes sociais.

Por fim, o alerta para a importância de psicólogos empenharem-se junto a equipes de saúde ocupadas com a temática de surdez apresenta-se como uma intervenção de caráter preventivo. Assim como, às vezes, é necessário que psicólogos e psiquiatras trabalhem em parceria para a melhor assistência dos seus pacientes, também psicoterapeutas e psicanalistas dedicados ao contexto dos surdos podem ser um excelente instrumento no acolhimento e na orientação, a favor de um desenvolvimento emocionalmente mais saudável.

7 CONCLUSÃO

A Psicoterapia Psicanalítica com pessoas surdas confirmou-se como viável, uma vez que proporciona um lugar de subjetivação para o sujeito sem a faculdade da audição. Como afirma Solé (2005), a escuta clínica, ainda que não aconteça sobre a garantia de um registro sonoro, é efetiva para as cadeias associativas que ela possibilita abrir e para os movimentos transferências revelados. Entretanto, carece de mais estudos, bem como de profissionais que façam esse tipo de acolhimento. Foram identificadas algumas adaptações necessárias, tanto no *setting* quanto no profissional, para que o atendimento ocorra sem romper com os fundamentos psicanalíticos. Também ficou claro que, à medida que o clínico domina a LIBRAS e passa a estar ciente do contexto da surdez, a escuta do inconsciente ocorre de forma semelhante à dos ouvintes.

Ademais, convém salientar a constatação de que o surgimento de conflitos emocionais e entraves no desenvolvimento dos surdos advém, principalmente, de uma relação complexa com um meio preconceituoso e despreparado para lidar com a diferença. Aspectos transferenciais e contratransferenciais foram explorados, no intuito de entender a psicodinâmica desses sujeitos. Também foi discutida — e em seguida repelida — a necessidade de ser desenvolvida uma teoria psicanalítica específica.

Os objetivos do estudo foram alcançados; no entanto, convém reforçar que a sua conclusão não se oferece como um fim, mas sim como um incentivo para a elaboração de mais reflexões, pesquisas e publicações a respeito da surdez.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, n. 30, p. 187–199, 2008.
- BISOL, C. A.; SIMIONI, J.; SPERB, T. M. Contribuições da psicologia brasileira para o estudo da surdez. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 3, p. 392–400, 2008.
- BRASIL. **Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências**. DF: Diário Oficial da União, 2002.
- BRASIL. **Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. DF: Casa Civil, 2005.
- CARDOSO, L. M.; CAPITÃO, C. G. Avaliação psicológica de crianças surdas pelo Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. **PsicoUSF**, v. 12, n. 2, p. 135–144, 2007.
- DIZEU, L. C. T. B.; CAPORALLI, S. A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. **Educação e Sociedade**, v. 26, n. 91, p. 583–597, 2005.
- ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise (1913). In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.
- FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades (1919). In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17.
- FREUD, S. A questão da análise leiga (1926). In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20.
- GOMES, F. G. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 246–253.
- HONORA, M.; FRIZANCO, M. L. E. **Livro ilustrado de Língua Brasileira de Sinais: desvendando a comunicação usada pelas pessoas com surdez**. São Paulo: Ciranda Cultural, 2009.
- JODAR, M. A. **Intervenciones en psicoterapia con adolescentes y adultos sordos**. Anales. In: CONGRESO DE SAUD MENTAL Y SORDERA. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA, 2006
- JODAR, M. A. La escucha psicoanalítica con sujetos sordos más allá de la comunicación. **Investigaciones en Psicología**, v. 17, n. 1, p. 45–58, 2012.

JODAR, M. A. Interacciones y bilinguismo en y con el adolescente sordo. **Revista Metavoces**, v. 16, p. 1-13, 2013.

LEVY, R. Insight e elaboração. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 268–286.

LUCION, N.; KNIJNIK, L. Contrato. In: EIZIRIK, C. L.; DE AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 227–234.

MARZOLLA, A. C. **Atendimento psicanalítico do paciente com surdez**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7–32, 1999.

NASIO, J.-D. **O prazer de ler Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

NEGRELLI, M. E. D.; MARCON, S. S. Família e criança surda. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 98–107, 2006.

NUNES, M. L. T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: MACEDO, M. M. K.; CARRASCO, L. K. (Eds.). **(Con)textos de entrevista olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PECHANSKY, F. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). **Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 235–245.

PERLIN, G. Identidades surdas. In: SKLIAR, C. (Ed.). **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2005. p. 51–73.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SARAIVA, L. A.; NUNES, M. L. T. A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 259–268, 2007.

SCHESTATSKY, S. S.; EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W. Introdução. In: **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 13–19.

SCHMIDT, C. Avaliação ludoterápica centrada na criança surda. **Revista do NUFEN**, v. 5, n. 1, p. 2–11, 2013.

SILVA, A. B. P. Surdez, inteligência e afetividade. In: KAUCHAKJE, S.; SILVA, I. R.; GESUELI, Z. M. (Eds.). **Cidadania, Surdez e Linguagem**. São Paulo: Plexus, 2003. p. 89–97.

SILVA, A. C.; NEMBRI, A. G. **Ouvindo o silêncio: surdez, linguagem e educação**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2010.

SOLÉ, M. C. P. **O sujeito surdo e a psicanálise: uma outra via de escuta**. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

TYSON, R.; EIZIRIK, C. L. Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 287–299.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W.; SANDLER, P. **Tudo começa em casa**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WITT, P. R. **Surdez: silêncio em vôo de borboleta**. Porto Alegre: Movimento, 2003.

ZASLAVSKY, J.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, p. 297–309, 2003.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos: um estudo qualitativo sobre aspectos e adaptações técnicas da prática

Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O (A) senhor (a) é convidado (a) a participar do estudo sobre os aspectos e as adaptações técnicas que caracterizam o atendimento em Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, poderá entrar em contato com a Psicóloga/Pesquisadora Juliana Torres Porto das Neves, pelo telefone (51) 99620556, ou com a Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Machado Freitas, pelo telefone (51) 91577667, e em se tratando de esclarecimentos éticos, poderá consultar o Comitê de Ética da UFRGS, através do telefone (51) 3308 3738. Este estudo é realizado pela pesquisadora orientanda da professora Prof.^a Dr.^a Lúcia Helena Freitas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tem como motivação o interesse em ampliar o entendimento sobre o atendimento em Psicoterapia Psicanalítica com pacientes surdos, bem como sobre a condição da surdez.

O estudo não lhe trará nenhum custo.

A sua participação é voluntária e consiste em responder algumas perguntas de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita.

Os resultados desta pesquisa serão publicados com garantia de sigilo sobre sua identificação.

Finalmente, se houver o desejo de não dar continuidade a sua participação na pesquisa a qualquer momento, basta comunicar, e os dados informados não serão utilizados na mesma.

ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO**DECLARAÇÃO:**

Eu,....., declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, do que será feito e o que se espera de mim.
3. Sei que a qualquer momento tenho total liberdade de desistir do estudo.
4. Receberei uma via deste termo para guardar estas informações.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: _____

ANEXO 3 – ENTREVISTA: QUESTÕES NORTEADORAS

1. Há quanto tempo você trabalha com pacientes surdos?
2. Por que decidiu atender pessoas surdas?
3. Qual a faixa etária dos pacientes que você atende (crianças, adolescentes, adultos, idosos)?
4. Quais foram os primeiros passos dados para iniciar atendimento com esse público?
5. Quais foram as dificuldades encontradas inicialmente?
6. Essas dificuldades continuaram ao longo do tempo?
7. Quais os motivos mais comuns para um surdo buscar tratamento psicoterápico?
8. Quais as diferenças que você percebe entre a clínica com ouvintes e a clínica com surdos?
9. Como acontece o encaminhamento, o primeiro contato e a entrevista inicial? Os dois últimos, são diretamente com o surdo?
10. Foi feita alguma adaptação no *setting* terapêutico? Qual?
11. As adaptações tiveram algum impacto em você? Qual?
12. Na sua experiência, surdos aderem ao tratamento a longo prazo?
13. Como pensa o funcionamento ou os mecanismos de defesa no paciente surdo?
14. A escuta como função principal do psicoterapeuta, é diferente para esse público? Como você percebe a questão da atenção flutuante?
15. Como você identifica atos falhos?
16. De que forma você entende a transferência e a contratransferência nesses atendimentos?
17. Como você pensa o desenvolvimento da personalidade dos pacientes surdos?
18. Que considerações você julga importantes a serem pontuadas sobre as famílias dos pacientes surdos?
19. Você considera a fluência em LIBRAS fundamental para o bom andamento do tratamento?
Por quê?
20. É necessário que a supervisão seja realizada com alguém que também atende surdos?
21. Você acredita serem necessários a criação e o desenvolvimento de uma Psicologia e/ou Psicanálise voltada para a intervenção psicoterapêutica com pessoas surdas? Se sim, por quê?
22. Existe alguma característica específica que você considere indispensável ao psicoterapeuta que trabalha com pessoas surdas?
23. De uma maneira geral, como pensa a técnica psicoterápica com os pacientes surdos?

ANEXO 4 – ARTIGO

Psychoanalytic Psychotherapy with deaf patients: a qualitative study about characteristics and technical adaptations of the practice

Juliana Neves⁹, Claonice Zatti, Charlie Severo, Bibiana Malgarim, Lucia Helena de Freitas.
Postgraduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

Abstract

How do deaf patients treat their psychological conflicts? How does the therapist who treat deaf people work? Is psychoanalytic psychotherapy possible in such cases? Is listening as the main function of the therapist different for these subjects? Is it necessary to make adaptations in the psycho-therapeutic setting? In order to deal with emotional distress, many deaf people have come to psychotherapy offices and found helpless and technically unprepared professionals to help them cope with their difference. Many psychoanalysts are forced to carry treatment in a more intuitive way either because of the limited number of publications or due to the small number of colleagues working in this field. Therefore, the first objective of this study is to describe the characteristics and technical adaptations that qualify care in psychoanalytic psychotherapy undertaken by professionals used to working with deaf people. This paper is the result of a qualitative research - analytical and subjective -, supported by diversified literature. The sample consisted of 6 participants and data collection was performed through a semi-structured interview. The content analysis was supported by the methodology conceptualized by Bardin and resulted in three Final Categories that were described and discussed. These are: 1) Professional insertion in the field of deafness: preparation and initial difficulties; 2) Contextualization and subjectivation of the deaf patient; 3) Psychoanalytic approach with deaf patients: characteristics and technical adaptations of the practice. Thus, the present work aims to help psychotherapists who are committed to the demands of deaf patients, besides being an incentive for the elaboration of new discussions and studies on the subject.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy. Psychoanalysis. Psychoanalysis and Deafness. Psychoanalytic Psychotherapy with deaf people. Deafness.

Introduction

⁹ psijuliananeves@gmail.com - São Manoel Street, 808/501, Rio Branco, Porto Alegre - Brazil. CEP: 90620-110, (51) 999620556.

There are few studies about psychoanalysis and deaf people¹⁰. There is a growing number of researches within this subject in education and linguistics, however, as far as mental health is concerned, it is possible to perceive - by reading articles - that references are repeated. We searched publications on online platforms such as: PubMed, LILACS and PsycINFO, however, we were not very successful. Thus, this research relied mostly on the contribution of the books "The Deaf Subject and Psychoanalysis: Another Way of Listening", 2005, by psychoanalyst Maria Cristina Petrucci Solé and "Psychoanalytic Attention of the Patient with Deafness", 2012, by psychoanalyst Ana Cristina Marzolla. We also used texts written by the Argentinian psychologist, Maria Alejandra Jodar, which were provided by the author herself.

Bisol et al. (2008), report that, more recently, some psychoanalysts have become interested in deafness, especially in the development of personality. Because of the harsh reality faced by deaf people, based on generalizations, analytic listening seeks to direct its understanding to singularity other than limitation. The authors believe that psychoanalysis can contribute greatly to the most different areas that concern these people. Perlin (2005) argues that listeners should help develop the context of deafness by committing themselves to the deaf community to highlight and protect differences. The author uses the term "multiculturalism" in the sense of proposing a break with the imposition of the culture of listening. Despite significant transformations throughout history, the discourse of the deaf continues to seek strength and autonomy (PERLIN, 2005). There is still much work to be done.

Solé (2005) recalls that deafness has been for many years object of study in several fields, including Medicine, speech therapy and education, which initially thought of it from the rehabilitation perspective. Such concept - sadly - remains in the eyes of many health and education professionals and can have several negative consequences for the development of the deaf. Among them, the lack of use of sign language, which is the only access of the child with lack of hearing to the capacity for symbolization. The same author, in agreement with Marzolla (2012), affirms that deafness itself is not a problem, but it brings the emergence of obstacles in the constitution of the self. Living in silence in an environment that is unfit to deal with hearing impairment can lead to the arousal of psycho-pathologies, as well as intellectual, emotional and ability to communicate impairments (SACKS, 1998; SOLÉ, 2005).

In order to deal with the suffering, related or not to deafness, many deaf people have arrived at psychotherapy offices and found professionals who are technically helpless and unprepared to deal with their differences. Many psychoanalysts are forced to carry out treatment in a more intuitive way either by the limited number of publications or by the small number of colleagues acting on this field.

Therefore, this study intends to promote greater understanding on Psychoanalytic Psychotherapy with deaf people, describing characteristics and technical adaptations of the practice. It

¹⁰ Similar to Marzolla (2012), this work refers to deaf people as any person with profound bilateral hearing loss, that is, with a severe lesion in both ears.

is the result of a qualitative research - analytical and subjective -, supported by diversified literature. Some questions guided the research with the objective of knowing the first steps taken to initiate care with this public, the difficulties initially encountered, the perceived differences between the clinic with people who can hear and the clinic with deaf people, the adaptations in the therapeutic setting, the reasons why people looked for treatment, support of floating attention, supervision, among others.

Similarly to Solé (2005), we took into consideration that psychoanalysis is not limited to a normative approach, it does not aim at "cure". It is a method that explores psychic phenomena, moving against a corrective path.

Method

This is a qualitative and exploratory study, once it investigates the particularities of care in psychoanalytic psychotherapy, undertaken by professionals who can hear with deaf patients.

Sample

The sample consisted of six (6) professionals who work with the psychoanalytic approach. Among them: two formed psychoanalysts, one student psychoanalyst and three psychologists who work with analytical understanding, however, without specialization. The criterion for choosing the sample was the experience in dealing with deaf people, the theoretical contribution and the willingness to collaborate with the investigation.

| Interviewed Clinicians | Experience time with deaf patients | Training in Psychoanalytic Psychotherapy or Psychoanalysis | Deal with deaf people currently |
|-------------------------------|---|---|--|
| N1 | 2 years | Yes | Yes |
| N2 | 16 years | No | Yes |
| N3 | 11 years | Yes | No |
| N4 | 35 years | Yes | No |
| N5 | 6 years | Não | Yes |
| N6 | 10 years | Não | Yes |

Instruments

Data collection was done through the use of a semi-structured interview preceded by a Free Consent and Informed Term. The list of questions was elaborated from a theoretical review on psychoanalytic psychotherapy, on deafness and on psychological care with deaf people. The objective was to know the first steps taken to initiate care with this public, the difficulties initially encountered, the perceived differences between the clinic with people who can hear and the clinic with the deaf, the adaptations in the therapeutic setting, the reasons for seeking treatment, the support of the floating attention, supervision, among others.

Ethical Procedures

The research was conducted in compliance with the ethical precepts established for research with human beings of the National Health Council (Resolution of the National Health Council 196/96). The project was approved by the Scientific Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul and the Ethics Committee of the same institution, prior to data collection. The information obtained was used for research purposes. The names of the participants were not disclosed, being replaced by the letter N, followed by a number. The original material will be kept in a safe place for a minimum period of five years, being handled only by the researchers.

Interviews

The first contact with the participants happened via email, Facebook and telephone. The day, time and place of the interviews were defined by the interviewees themselves. The conversations mostly took place in person, only one was made via Skype. The average time of each meeting was 1 hour and 30 minutes and information recorded in audio. The data has been transcribed and is kept confidential by the interviewer.

Content analysis

The analysis of the material followed the methodology conceptualized by Bardin (2006). The author states that his methodology can be applied to form of communication, whether spoken or written, and she describes it as: "(...) a set of communication analysis techniques aiming to obtain, by systematic procedures and description objectives (quantitative or non-quantitative) that allow the inference of knowledge regarding the conditions of production / reception (inferred variables) of these messages" (p. 48).

Results

The search results are listed in categories. Table 2 indicates some recommendations as well as difficulties faced by therapists during the initiation process to work with deaf patients. Stresses the importance of Sign Language in Brazil known as the Brazilian Sign Language (LIBRAS) and denounces loneliness in the face of a shortage of professionals and studies on the subject.

| Table 2 | | |
|---|---|---|
| Initials Categories | Intermediate Categories | Final Categories |
| First: learn LIBRAS | LIBRAS: the basis for a therapeutic host | Insertion of the professional: preparation and initial difficulties |
| Host in LIBRAS | | |
| The dynamics of Brazilian Sign Language | | |
| Second: immersion in deaf culture | Deaf culture: a necessary exchange | |
| Possibilities of approach to the universe of the deaf | | |
| The importance of delimiting the role as a professional | | |
| Third: to establish a network | From the network to a reference professional | |
| Barriers to network construction | | |
| Starting point: empirical | The loneliness of those who are starting in the niche | |
| There are few professionals | | |
| There is no supervisor with experience in the deaf | | |
| An open supervisor for the experience | | |

Table 3 covers aspects that contextualize and cross the subjectivity of the deaf subject.

| Table 3 | | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Initials Categories | Intermediate Categories | Final Categories |

| | | |
|--|---|--|
| Recurrent characteristics in deaf subjects | The environment crossings in the personality constitution of the deaf | Contextualization and subjectivation of the deaf patient |
| Influence of the environment on the personality constitution of the deaf person | | |
| Is deafness a trauma? | | |
| The influence of the environment on the condition of traumatic deafness | | |
| Professionals without LIBRAS | | |
| Wrong diagnostics and wrong orientation | | |
| The fissure in parents' narcissism about the idealized baby | Family aspects | |
| Family misconceptions in dealing with deafness | | |
| The importance of the support network in the reception and orientation of parents of children with a diagnosis of deafness | | |

Table 4 presents elements that consider the main focus of the study. The topics are pertinent to the discussion on clinical intervention with deaf patients. It confirms the hypothesis that there are alterations to be made in the setting, inherent to the condition of deafness, as well as it proposes psychoanalysis as an approach accessible to any subject

| Table 4 | | |
|---|--|---|
| Initials Categories | Intermediate Categories | Final Categories |
| Changes in the <i>therapeutic setting</i> | Flexibility of the <i>therapeutic setting</i> : a reorganization in the office and in the professional | Psychoanalytic approach with deaf patients: aspects and technical adaptations of the practice |
| Interpreter in session? | | |
| WhatsApp and Skype for appointment | | |
| Different experiences with long term | Basic differences between the clinic with deaf and hearing people | |

| | | |
|--|---|--|
| Counterpoint about the price of session | | |
| The unconscious is the same | Listening through other ways: the body speaks | |
| The mastery of LIBRAS to sustain floating attention | | |
| To perceive the patient through the expressions | | |
| Communication, sadness, loneliness, among others, as well as the listeners | Conflicts everyone has: motivation to seek treatment | |
| Different perceptions about the transfer | Considerations about the psychodynamics of deaf patients | |
| A caveat about countertransference | | |
| The understanding is psychoanalytic, the technique is other | Expansion of understanding and adjustments in interventions: psychoanalysis and for all | |
| Expand theory and learn LIBRAS | | |
| New theory would be segregation | | |
| Adapt the practice | | |
| More pedagogical intervention | | |
| Freudian tripod | | |
| Without preconception | | |
| self-criticism | | |
| Support Silence | | |
| Frustration Tolerance | | |
| Passion | | |

Discussion

The first issue to be highlighted is the recommendation of the use of Sign Language. Jodar (JODAR, 2012), in agreement with the interviewees, stresses that knowing the language is a respect for the subjective condition of the deaf person. Through language, it is possible for the unconscious to emerge. The author points out that the signs are a way of expressing elements that convey emotions, ideas and thoughts. In this way, it helps the communication channel and psychoanalytic listening, facilitating the understanding of the problematic in question. It adds that:

"It is possible to discover particular phrases from the deaf community in the sign language and thus to find signifiers for the continuation of the analytic work. What is presented, updated and unconsciously repeated " (JODAR, 2012, p. 8).

However, unfortunately, LIBRAS is - still - quite devalued, not only by family and society, but also by health professionals. Dizeu and Caporali (2005) claim that the language is treated by several professionals as a way of escape from those who failed to try oral communication. By ignorance, they ignore the fact that signs perform the role of spoken words. They have morphological, semantic, and syntactic mechanisms that allow the deaf to express desires and feelings, as well as to regulate their relationships, allowing full development, in the same way as those who can listen (DIZEU; CAPORALLI, 2005); Structuring of discourse, allows structuring of the thought. When the ability to communicate is reduced, several areas of development are compromised. Because of lack of sign language access, many deaf people grow up with cluttered performance (BISOL; SIMIONI; SPERB, 2008; DIZEU; CAPORALLI, 2005). Therefore, LIBRAS must be respected.

The immersion in deaf culture has proved vital to the work of the psychotherapist. According to Silva (2010), the person is structured by social representations of the community to which he or she belongs. Therefore, it seems difficult to listen to the patient's unique demands without being familiar with the plural scope. Finding spaces in which the understanding of the context of the deaf can be broadened is fundamental. However, the interviewees stressed that in order to infiltrate this universe of minority, we must be attentive to the delimitation of roles. One participant reported that he uses to accompany some patients in medical appointments in order to do the interpretation of the language. This behavior appeared as a peculiarity against the recommendation of neutrality, made by Freud (1912), abovementioned. Does such intervention break the presuppositions of psychoanalytic psychotherapy? Or can it be considered an adaptation of practice? Considering that these people demand the professional to use new strategies to welcome and deal with their truth.

Although everyone has stated that there is no need for a supervisor with experience with deaf people, some participants reported that there is sometimes a confrontation of ideas - between supervisor and supervised - and the search for protection among colleagues who work with deaf people. Such statements indicate that this issue is open to discussion. If we think that to meet a deaf person is necessary to immerse themselves in their culture, would supervising a case with deafness be different?

Also, individuals with hearing impairment grow up surrounded by several factors, which do not define deafness, but carry specific marks in subjectivity. According to Marzolla (2012), the lack of the auditory apparatus entails limitations that hinder the child's adaptation and act in its development. Jodar (2012) points out that saying "deaf" "marks a notion, a meaning, according to linguistic, historical, political, pedagogical, psychological, social and cultural meanings" (p.4). In addition, Marzolla (2012) points out that the deaf child's psyche derives from a series of factors such as: "age of incidence, time of detection, disability etiology, parents' subjectivity, couple relationship, presence of siblings, among others "(p. 40). Aspects that are not always recognized in the generalization, often present in the medical discourse and / or listener.

Characteristics such as "concrete" and "immediate" were cited as recurrent to the functioning of patients. Marzolla (2012), says that thinking based on vision and other senses, other than hearing, can trigger a more objective reasoning. Solé (2005) emphasizes that, often, vision is not able to replace the lack of hearing (added to environmental problems) and can create obstacles in the subjective constitution. However, stereotypes are harshly criticized by Perlin (2005), when he argues that the "commonplace", often offered to the deaf, does not welcome them, but immobilizes them in a distorted and inconvenient composition. Silva (2003) adds that people generally tend to relate certain traits as intrinsic to deafness, thus exempting failed participation in educational methods.

Likewise, there is conflict regarding the categorization of deafness. Some authors and interviewees argue that it is a difference and not a disability. They claim that the stigma of the disabled is established by the marginalization of the deaf, who is not seen before society as a person of rights and duties. Most of the time, it is recognized by its lack, understood as incapacity (DIZEU; CAPORALLI, 2005; PERLIN, 2005). However, Jodar (2012) reports that deaf people may end up feeling defective. By unconscious decrees and prejudice, they are considered socially and intellectually unfit.

Among these observations, the sample considered the medium to be responsible for the obstacles faced by deaf people. Regardless of whether deafness is congenital or acquired, they consider it to be strongly impacted by the unpreparedness of society in dealing with difference. According to Dizeu and Caporali (2005):

"Our society is not prepared to receive the deaf individual, not offering him the conditions to develop and to consolidate his language." Thus, we can depreciate reports that claim to be deafness the factor which causes cognitive and affective limitations, because the true limitation is in the conditions offered to this deaf person "(p. 587).

The main complaint was directed to medical professionals. Firstly, there is a tendency to suggest the use of implants and devices, as well as intensive speech training. Resources that do not guarantee neither excellent performance of the oralization, nor social integration. Rarely is LIBRAS indicated by those who diagnose deafness (DIZEU; CAPORALLI, 2005). Bisol et al. (2008) mention that because they are not aware of the aspects that comprise deafness, many "specialists" end up pathologizing the deaf people's way of communicating. This lay detachment leads to misunderstandings in the diagnoses.

The evaluation processes are impaired due to lack of knowledge of the language, which disturbs the medical / patient link. Recalling that one of the participants suggested the adaptation of tests, the authors also affirm that "the evaluation of psychiatric symptoms is compromised to the extent that many assessment procedures are verbal and standardized for hearing individuals" (p. 9).

This becomes an aggravating factor in the interaction of the deaf with their relatives. According to Perlin (2005), because they do not have much information, parents accept the opinion of doctors and speech therapists, without question. Dizeu and Caporali (2005) are sorry to say that:

"If parents were given adequate guidance as to the importance of LIBRAS for the development of the child, the possibilities that the language offers for the child to communicate with them in a clear way, to tell them about their play, to learn their teachings and to acquire knowledge, they would certainly be spared from this child and his disorders and losses, and especially the emotional problems to which they are subjected " (p. 591).

Without consistent family support, the little one is left with many frustrations. According to Bisol et al. (2008), the stage in which deafness is confirmed is very delicate. From that moment, changes will take place - conscious and unconscious - in the exchange between mother and child. The period is considered dangerous because it is usually permeated by hospitalizations, rehabilitation behaviors and the inevitable disappointment of the parents. Marzolla (2012) still points out that the child's condition leads to the intensification of some types of family functioning, such as symbiosis. It also retakes the question of parents who are silent before the one who does not listen and warns of a possible exaggerated sentimentality caused by the denial of hate towards the deaf son. Therefore, the same author stresses that family members need to reorganize themselves internally, as many angles arise in the face of the situation. As listeners, they are left helpless for "not finding a possibility of identification" (MARZOLLA, 2012). Thus, fantasies and projections about the future of the heir are blocked, preventing a satisfactory narcissistic investment from happening. The affective adaptation and self-image of the child will be a reflection of how the parents will establish the mourning of the perfect child. It is pertinent to highlight that deaf parents usually show better acceptance and management capacity when they receive the news (SILVA, 2003).

Marzolla (2012) highlights the importance of developing works aimed at listening to the family, especially the parents. He says that many professionals ignore the wound that it opens in the middle of the parental nucleus and indicates the need for a psychologist with the teams that work with people with disabilities. It states that it is essential to offer a listening that can produce transformations and the amplification of the meaning of hearing impairment. According to the author:

"Working with the parents of a child with deafness has a fundamental importance in enabling them to get out of the situation of seeing only the impediments imposed by the disability: to rescue their self-love and, therefore, the maternal and paternal pleasure forbidden to themselves, which is fundamental for the construction of the subjectivity of the child" (MARZOLLA, 2012, p. 33).

Regarding the clinic with deaf patients, besides the acquisition of sign language, other tools were also mentioned as novelties in the therapeutic setting. Paper and pen are used as facilitators in the intervention. Jodar (2012) proposes that visual resources (drawings, diagrams images) favor the analytical creativity at the time of making the intervention. In this way, the psychotherapist can translate his speech, expanding the possibilities of understanding the patient. The technology was also cited as a device that favors communication with the deaf. Currently, it is present in several therapeutic scenarios, and especially for this audience, it represents an advance in autonomy. As one respondent contends: "for many years the community relied on third party participation in marking appointments, among other things".

A specificity was presented when remembered that deaf patients often ask the therapist for answers that have nothing to do with latent content. As the example mentioned by one of the participants: "does mosquitoes make noise?". Jodar (2012), says that this type of question is due to a need for real information, an exchange between orality and signs. The author argues that the explanation favors the bond, because it generates confidence as it creates a connection with the universe of hearing. Moreover, it is a way of helping the patient to expand his vocabulary, expanding the possibilities of reaching his unconscious as well as knowing himself. There new senses arise and can give meaning to suffering.

Listening as the main function of the psychotherapist will occur in other ways. Here, it is the reflection that listening happens through the auditory canal, whereas listening proceeds from the way the patient is perceived. As Jodar (2012) recommends, the professional should listen with his eyes. In another article, the author adds that, in face of hearing difficulty, the individual uses the expression of the face, the disposition and movement of the hands, as well as the body, to communicate (JODAR, 2013). It is also important to know factors related to deafness, whether biological, psychological, intellectual, family (if parents are also deaf, what type of guidance they received, effects of deafness on the parental couple), linguistic, educational and social (JODAR, 2012; MARZOLLA, 2012). In addition, Jodar (2012) emphasizes that "listening to the deaf in a psychoanalytic context aims to pay attention to their psychic uniqueness, beyond the sense of deafness and deficiency discourse" (p. 10).

Knowing that capturing the hidden psychological meaning of the patient occurs through the therapist's fluctuating attention, would it be possible to sustain an analytical treatment through a language that requires more concentration? Or even: does psychotherapy happen in the face of a participant's assertion that it is not feasible to maintain a fluctuating attention? Remembering that listening is the counterpart of the fundamental rule of psychoanalysis, the free association of ideas.

In the interviews, it was clarified that the motivation to seek treatment is similar between deaf people and people who can hear. Jodar (2012) agrees with the participants, stating that no one is consulted because he does not listen, but because of several factors that may or may not be associated with deafness. In addition to the reasons already mentioned in the presentation of the results, when deafness is not properly elaborated, it is common for the patient to present obstacles to the socialization

capacity, leading to isolation (JODAR, 2013). In addition, interventions may also be directed to questions of body image, self-esteem, persecutory feelings and projective mechanisms (JODAR, 2006).

Referring to patients' psycho-dynamics, the processes of transference and counter-transference deserve attention. The first is perceived in different ways: faster, more difficult or "happening." According to Tyson and Eizirik (2005), it is difficult for the trader to be sure when the transfer takes place for the first time. Normally, when perceived, it has already been acting for some time in the relationship. However, regardless of the speed at which it is established, it is inherent in the therapeutic process and an important device for definitive psychic transformations (FREUD, 1912; TYSON; EIZIRIK, 2005). Jodar (2013) notes that there are cases where a deaf / listener rupture occurs in family relationships, arousing negative feelings that are shifted to the listening community in general, including the therapist. This separation is perceived - in the interviews - as a factor that hinders the search for treatment. Would it also be an obstacle to staying in long-term psychotherapies? Regarding the counter-transference, it was emphasized the importance of the professional being comfortable enough with regard to the auditory limitation of the accompanying one. Marzolla (2012) points out that this mark of lack can mobilize anguish anchored in the narcissistic wound of castration of professionals. Therefore, the author recommends that the therapist can recognize the feelings and defenses aroused, favoring a more creative performance, including with the relatives. The Freudian tripod (study, supervision, and personal analysis) is fundamentally reaffirmed in order to deal with the concerns and to achieve a constructive and empathic development towards the patient.

By minding that a timeless field involving subjective elements of another order, not that of the here and now, conscious and concrete, the psychoanalytic understanding comprises any person. However, due to the peculiarities inherent in the condition of deafness, it is evident that it is necessary to adjust the technique, as much as to know the social reality of the deaf, more deeply. The idea of a more pedagogical intervention is confirmed by Marzzola (2012), considering that the professional's attitude tends to be more active with cues, explanations or confrontations, according to the therapeutic moment. However, he does not give up interpreting in more detail, feeling more certain that he is being understood as to what he brings back to the patient as to the emotional reality brought to the setting.

Finally, given the points discussed and the certainty of transformations - external and internal - that the psychotherapist must submit, it is assumed that the main characteristic considered pertinent to the professional is passion.

Conclusion

Psychoanalytic psychotherapy with deaf people has been confirmed to be feasible, however, it needs more studies, as well as professionals who do this type of reception. Some necessary adaptations in the setting and in the professional were identified, so that the attendance occurs without breaking with the psychoanalytical foundations. It was also clear that as the professional mastered sign language and

was aware of the context of deafness, listening to the unconscious occurs in the same way as with listeners, only by other means.

It should be pointed out that the emergence of emotional conflicts and obstacles to the development of the deaf are mainly due to a complex relationship with an unprepared means of dealing with difference and prejudice. Transference and counter-transference aspects were explored in order to understand the psycho-dynamics of these people.

The bibliography researched, as well as the interviews granted, provided a discussion and a greater understanding about this specific clinic.

Finally, it should be highlighted that this study is not intended as an absolute truth, but rather as an incentive for the elaboration of further reflections, researches and publications on deafness.

Acknowledgments

We thank the Graduate Program in Psychiatry of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) for the opportunity to carry out this research and the professionals who made themselves available to grant the interviews.

References

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BISOL, C. A.; SIMIONI, J.; SPERB, T. M. Contribuições da psicologia brasileira para o estudo da surdez. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, n. 3, p. 392–400, 2008.

DIZEU, L. C. T. DE B.; CAPORALLI, S. A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. **Educação e Sociedade**, v. 26, n. 91, p. 583–597, 2005.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1912. v. 12.

JODAR, M. A. **Intervenciones en psicoterapia con adolescentes y adultos sordos**. Anales. **Anais...** In: CONGRESO DE SAUD MENTAL Y SORDERA. Buenos Aires: Facultad de Psicologia - UBA, 2006

JODAR, M. A. La escucha psicoanalítica con sujetos sordos más allá de la comunicación. **Investig. psicol**, v. 17, n. 1, p. 45–58, 2012.

JODAR, M. A. Interacciones y bilinguismo en y con el adolescente sordo. **Revista Metavoces**, v. 16, 2013.

MARZOLLA, A. C. **Atendimento psicanalítico do paciente com surdez**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

PERLIN, G. Identidades surdas. In: SKLIAR, C. (Ed.). **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: **Mediação**. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2005. p. 51–73.

SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, A. B. DE P. Surdez, inteligência e afetividade. In: KAUCHAKJE, S.; SILVA, I. R.; GESUELI, Z. M. (Eds.). . **Cidadania, Surdez e Linguagem**. São Paulo: Plexus, 2003. p. 89–97.

SILVA, A. C.; NEMBRI, A. G. **Ouvindo o silêncio: surdez, linguagem e educação**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2010.

SOLÉ, M. C. P. **O sujeito surdo e a psicanálise: uma outra via de escuta**. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

TYSON, R.; EIZIRIK, C. L. Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Eds.). . **Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 287–299.